



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η εργαλειοποίηση του πόνου σε ασθενείς με οξεία κοιλία
και η συμβολή της βιοηθικής στην ανακούφιση τους

Υπό

Δημήτρη Α. Παπαγόρα

Γενικού Χειρουργού

MD, MSc, PhD, FEBS

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2025

Επιβλέπων:

Κωνσταντίνος Θεολόγου Καθηγητής Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Α. Μαυροφόρου, Μ. Μπαρέκα, Κ. Θεολόγου

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: The instrumentalization of pain in patients with acute abdomen and the impact of bioethics on their effective pain relief

Πίνακας Περιεχομένων

1. Αφιέρωση	σελ. 4
2. Πρόλογος	σελ. 5
3. Περίληψη στα ελληνικά	σελ. 6
4. Περίληψη στα αγγλικά	σελ. 7
5. Εισαγωγή	σελ. 8 - 12
6. Μεθοδολογία	σελ. 13 - 39
- προπαρασκευαστική φάση	σελ. 13
- ορισμοί	σελ. 13 – 15
- διάγραμμα πλαισίου εργασίας 1	σελ. 16
- I οι δυο άξονες αντιμετώπισης του πόνου	σελ. 17
(α) εργαλειοποίηση του πόνου – ολιγοαναλγησία: 4 επιχειρήματα	
(β) προτεραιοποίηση του πόνου – άμεση ανακούφιση: 4 επιχειρήματα	
- II ερώτηση για την επιστημονική και ηθική τεκμηρίωση των δυο αξόνων αντιμετώπισης (βιβλιογραφία επιστημονικής και ηθικής τεκμηρίωσης) σελ. 17	
- III ερώτηση αντιμετάθεσης ιδιοτήτων	σελ. 18
- IV ερώτηση για το αν αναφέρεται το ηθικό κίνητρο για την αναλγησία στην βιβλιογραφία της αναλγησίας ασθενών με οξεία κοιλία (βιβλιογραφία ηθικού κινήτρου - αποτυπώματος)	σελ. 18
- πρωτογενείς στόχοι μελέτης	σελ. 18 – 19
7. Αποτελέσματα	σελ. 20 – 39
Διάγραμμα ροής PRISMA	σελ. 21
Διάγραμμα πλαισίου εργασίας 2	σελ. 22
Πίνακες αποτελεσμάτων 1- 5	σελ. 23 - 27
Απαντήσεις και αφηγηματική ανάλυση διαπορητικών επιχειρημάτων	
Απάντηση για την επιστημονική τεκμηρίωση και ηθική υπόσταση των δυο αξόνων νοοτροπίας αντιμετώπισης άλγους σε ασθενείς με οξεία κοιλία	
Πίνακας 6	
Απάντηση για την συχνότητα που αναφέρεται το ηθικό κίνητρο για την αναλγησία στην βιβλιογραφία για την οξεία κοιλία	
Πίνακες 7 – 9	σελ. 28 – 39
8. Συζήτηση	σελ. 40 – 46
9. Βιβλιογραφία	σελ. 46 - 58

Και τί είναι καλό και τί κακό; Πρέπει να ζητάμε από τους άλλους να μας το πούνε;
Πλάτων 427 π.Χ. – 347 π.Χ.

Για τη Λυδία, τον Αθανάσιο και τη Μαρία
χάδια της ψυχής μου

Πρόλογος

Οι διαλέξεις και οι συζητήσεις πάνω στην έννοια, τους ορισμούς και τους προβληματισμούς της βιοηθικής όπως αναπτύχθηκαν στον κύκλο μαθημάτων του μεταπτυχιακού πάνω στην «δεοντολογία και ηθική στις βιοϊατρικές επιστήμες» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Θεσσαλίας, με έφεραν αντιμέτωπο με όλη την λιτανεία του πόνου που βίωσα ως χειρουργός στα τριάντα χρόνια της μέχρι τώρα νοσοκομειακής μου θητείας. Με έκαναν να καταλάβω ότι η ιατρική αντιμετωπίζει τον πόνο επέκεινα της βιοηθικής, γιατί οι ιατροί τον εξετάζουν σαν μια αυτόνομη οντότητα ξεριζωμένη από το βίωμα ενός ασθενούς που υποφέρει. Με την εργασία αυτή προσπάθησα να μορφοποιήσω το πρόβλημα των ξεχωριστών δρόμων που ακολουθούν η ιατρική και η βιοηθική σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, αναδεικνύοντας την αφετηρία, την αιτία και τα επιχειρήματα του τελικού σκοπού καθενός από αυτούς τους δυο άξονες νοοτροπίας, τον ιατρικό και τον ηθικό. Αναπόφευκτα οδηγήθηκα στην ανάγκη να επανελέγξω την επιστημονική εγκυρότητα της ολιγοαναλγησίας στην οξεία κοιλία, που συνίσταται στην αποφυγή της ανακούφισης ενός ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος μέχρι να κατοχυρωθεί η διάγνωση, γνωρίζοντας ότι εδώ και μισό αιώνα αυτή η τακτική δεν έχει τεκμηριωθεί από αντίστοιχες τυχαιοποιημένες προοπτικές κλινικές μελέτες και εξορκίζεται - μάταια - από την σύγχρονη πράξη σε όλες τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες για τον πόνο. Μάταια, γιατί ακόμα και σήμερα ένας μεγάλος πληθυσμός ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος υπο-αντιμετωπίζεται από τους ιατρούς που ακολουθούν τον μύθο της ολιγοαναλγησίας. Αντίθετα η άμεση ανακούφιση των ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος είναι ασφαλής, επωφελής και πρωτίστως ηθική πράξη, όπως τεκμηριώνεται από την βιβλιογραφία στην οποία όμως διαφαίνεται μια ειρωνεία: *ελάχιστες είναι αυτές οι μελέτες που επισημαίνουν την τεράστια σημασία που έχει η ηθική της ιατρικής και οι τέσσερεις βιοηθικές αρχές για τον εξοστρακισμό της ολιγοαναλγησίας, ως μη ηθική πράξη.* Η απουσία αυτού του αποτυπώματος της βιοηθικής στις μελέτες για την αναλγησία στην οξεία κοιλία είναι μια χαμένη ευκαιρία στο να συνειδητοποιήσει ο ιατρός ποιος (πρέπει να) είναι ο πυρήνας που κινεί κάθε αλλαγή στη κλινική καθημερινότητα όσον αφορά στον πόνο. Είναι η ηθική υποχρέωση να ανακουφίζουμε τον ασθενή μας, η ηθική του πόνου.

Περίληψη

Σκοπός: Οι τέσσερις βιοηθικές αρχές θεμελιώνουν το δικαίωμα του ασθενούς να ανακουφιστεί από τον οξύ πόνο υποαγορεύοντας την ηθική υποχρέωση του ιατρού να ανταποκριθεί σε αυτή την ανάγκη του ασθενούς. Παρόλα αυτά ο πόνος, το συχνότερο σύμπτωμα προσέλευσης ασθενών στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών υπο-αντιμετωπίζεται. Στην περίπτωση του οξέος κοιλιακού άλγους οι γιατροί διστάζουν να χορηγήσουν άμεσα αναλγητικά για να μην συγκαλυφτεί η κλινική εικόνα και υποπέσουν σε διαγνωστική πλάνη. Εργαλειοποιούν τον πόνο για διαγνωστικούς σκοπούς. Αυτή η ολιγοαναλγησία δημιουργεί ένα ηθικό κενό ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνήσει την επιστημονική τεκμηρίωση της ανακούφισης ασθενών με οξεία κοιλία σε σύγκριση με την ολιγοαναλγησία, την ηθική υπόσταση της ολιγοαναλγησίας και το αν οι σχετικές μελέτες επισημαίνουν ως κίνητρο για την ανακούφιση των ασθενών με οξεία κοιλία τις βιοηθικές αρχές.

Μέθοδος: Αξιολογήθηκαν οι προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, οι μεταanalύσεις, και ανασκοπήσεις που διερεύνησαν την τεκμηρίωση της ολιγοαναλγησίας σε ασθενείς με οξεία κοιλία, (βιβλιογραφία επιστημονικής και ηθικής τεκμηρίωσης) και αναζητήθηκαν ποσοτικά και ποιοτικά τα βιοηθικά κίνητρα για την αναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία στις σχετικές δημοσιεύσεις (βιβλιογραφία ηθικών κινήτρων).

Αποτελέσματα: Συμπεριλήφθηκαν 67 μελέτες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επιστημονικής και ηθικής τεκμηρίωσης (n=53) η άμεση ανακούφιση των ασθενών είναι ασφαλής, επωφελής και αποτελεί ηθική πράξη. Η ολιγοαναλγησία δεν τεκμηριώνεται επιστημονικά ούτε ηθικά. Στις μελέτες για την αναλγησία στην οξεία κοιλία (n=67) μόνο 9 (13.43%) υπογράμμισαν ότι η άμεση ανακούφιση των ασθενών είναι ηθική υποχρέωση του γιατρού.

Συμπέρασμα: Η άμεση χορήγηση αναλγητικών σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος τεκμηριώνεται ως ασφαλής και επωφελής πράξη. Δυστυχώς ένα ελάχιστο ποσοστό των σχετικών εργασιών υπογραμμίζει και την ηθική της αξία.

Λέξεις κλειδιά: βιοηθική, πόνος, οξεία κοιλία, αναλγησία, ολιγοαναλγησία

Abstract

Aim: The four bioethical principles are fundamental to the right of a patient to be relieved from acute pain and dictate the ethical obligation of the physician to respond to the patients' needs. Nevertheless pain, the most common cause of patients admitted to the emergency department, is undertreated. In acute abdominal pain physicians hesitate to administer analgesics because they fear that this will mask the symptoms resulting in a delay or false diagnosis. Therefore, they instrumentalize pain for diagnostic purpose. This oligoanalgesia, a term for the undertreatment of pain, creates an ethical void between the physician and the patient. The purposes of this thesis were to investigate the scientific evidence that support early analgesia versus oligoanalgesia in patients with acute abdomen, the hypothesis that oligoanalgesia is unethical, and the presence of the four bioethical principles in the literature relevant to the pain treatment in patients with acute abdomen.

Methods: This thesis evaluated the randomized controlled trials, meta-analyses and reviews that compared early analgesia versus delay of pain treatment in patients with acute abdomen in the emergency department in terms of morbidity and mortality and searched the bioethical and or ethical motive that dictate early pain relief in patients with acute abdomen in the relevant literature.

Results: Sixty-seven studies were included from which 53 studies were used exclusively for scientific evidence that examine early analgesia comparing to oligoanalgesia. The ethical motive for analgesia was searched in the 67 studies. There is no scientific evidence to support the delay of administering analgesics in patients with acute abdomen, which should also be considered as unethical. Only 9 (13.43%) of the 67 studies mentioned the ethical motive to relieve the pain.

Conclusion: Early pain relief in patients with acute abdomen is evidence-based practice that is founded on ethical principles. Only a minority of the studies pointed out the ethical motive and principle of pain treatment.

Key words: Bioethical principles, acute abdomen, pain relief, analgesia, oligoanalgesia

Εισαγωγή

Ο πόνος είναι ο συχνότερος λόγος προσέλευσης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) παγκόσμια [1]. Το ¼ των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ με οξύ πόνο παρουσιάζει άλγος κοιλίας (οξεία κοιλία) που αποτελεί για τον γιατρό μια (διαφορο)διαγνωστική πρόκληση, γιατί υποκρύπτει μια πλειάδα ενδοκοιλιακών νοσημάτων, τα οποία μπορεί να είναι από σχετικά αθώα μέχρι και απειλητικά για την ζωή του ασθενούς [2, 3]. Παρά την ραγδαία πρόοδο της ιατρικής σε όλα τα πεδία και τους τομείς (έρευνα, βιολογία, παθοφυσιολογία, βιοστατιστική, βιοχημεία, φαρμακολογία κλπ) που τη θεμελιώνουν και εξελίσσουν διευκολύνοντας συνεχώς το έργο των γιατρών στη κλινική πράξη, υπάρχουν ακόμα ασθενείς που εξακολουθούν να πονάνε στο ΤΕΠ, επειδή δεν αντιμετωπίστηκαν όπως έπρεπε [4]. Η αστοχία (ή αποτυχία ή απροθυμία) και πολύ σπάνια η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον οξύ πόνο, μπορεί να οδηγήσει σε πολυσχιδείς συνέπειες και επιπτώσεις, όπως είναι η επιδείνωση της δυσλειτουργίας οργανικών συστημάτων του ασθενούς που πονάει και η εγκατάσταση χρόνιου πόνου, κυρίως όμως αποκαλύπτει ένα ηθικό κενό στη σχέση ιατρού ασθενούς [5-7]. Οι λόγοι για την υποαντιμετώπιση του πόνου, που χαρακτηρίζεται ως ολιγοαναλγησία [8], είναι πολυεπίπεδοι [9]. Αφορούν στη λειτουργική και οργανική διάρθρωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας που διαφέρει ανά χώρα, περιφέρεια, νομό και νοσοκομείο, τον υπέρογκο αριθμό των ασθενών που πρέπει να εξεταστούν σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή στο ΤΕΠ [10], την απουσία της επιστημονικής πλαισίωσης της λειτουργίας των ΤΕΠ με κατευθυντήριες οδηγίες που προσδιορίζουν τις προτεραιότητες για τον πόνο [11], πρωτίστως όμως, στην ελλιπή και ετεροβαρή ιατρονοσηλευτική εκπαίδευση σε καίρια ζητήματα της ηθικής υποχρέωσης και της ιατρικής προσέγγισης απέναντι στον πόνο, που παρουσιάζουν στην πράξη τα τελευταία χρόνια μια αποκλίνουσα μεταξύ τους πορεία [12-14]. Σήμερα η «ιατρική απέχει πολύ από το να διαβεβαιώσουμε ότι νοιάζεται για την ηθική» [15], διότι ο τρόπος με τον οποίο έχει διαμορφώσει η ιατρική, ως εμπειρική επιστήμη, το γνωσιακό της σύστημα (έρευνα, εκπαίδευση, βασική γνώση, ειδικότητα, κατευθυντήριες οδηγίες, ιατρονομικά ζητήματα) και το εφαρμόζει στην πράξη προσεγγίζοντας τον ασθενή στην κλινική καθημερινότητα, απορρέει σχεδόν αποκλειστικά και μόνο από - και στηρίζεται σε - επιστημονικά δεδομένα, τα οποία όμως προσφέρουν μια σχετική και όχι απόλυτη αλήθεια [15, 16], αφού η ιατρική δεν παύει να παραμένει «επιστήμη της

αβεβαιότητας και τέχνη της πιθανότητας» [17]. Αυτή η αυτόνομη - αγεφύρωτη με την βιοηθική - τροχιά της ιατρικής επιστήμης απέναντι στον ασθενή, δεν σημαίνει ότι η ιατρική έχει απωλέσει τον ηθικό της πυρήνα [18-20], αλλά υποδηλώνει ότι ο γιατρός σήμερα εστιάζει την αγωνία, το ενδιαφέρον και το προβληματισμό του πολύ περισσότερο πάνω στη διάγνωση μιας νόσου που έχει κλινικά σημεία, συμπτώματα και πόνο παρά στον ίδιο τον ασθενή που πάσχει και τα εκφράζει, θεωρώντας ότι μέσα από την αποκατάσταση του προβλήματος υγείας θα καλυφθούν όλες οι ανάγκες του ασθενούς [12, 21, 22]. Αυτή η επικυριαρχία της ιατρικής σκέψης δημιουργεί ένα «ηθικό κενό» στην σχέση ιατρού – ασθενούς [23] εμποδίζοντας την ολιστική θεώρηση του ασθενούς που πονάει [15, 24, 25] και οφείλεται (α) στο τρόπο της εκπαίδευσης των ιατρών [26], (β) στις αυξημένες απαιτήσεις της ιατρικής καθημερινότητας [27], στην ολοένα αυξανόμενη τοξική παράμετρο της ιατρονομικής εμπλοκής [28, 29], κυρίως όμως στην ελλιπή κατάρτιση και αποσπασματική άσκηση των γιατρών στις αρχές της βιοηθικής που είναι άρρηκτα δεμένες με τον πόνο [12, 14, 30, 31]. Από τον πρώτο άνθρωπο μέχρι σήμερα ο πόνος είναι δυσάρεστη σωματική αίσθηση και ψυχικό βίωμα μαζί [32]. Ο πόνος είναι ο κόμβος στον οποίο συναντώνται και ο κόμπος στον οποίο περιπλέκονται αξεχώριστα η ιατρική με την ηθική. Η ανακούφιση του ασθενούς είναι το πρωταρχικό αξίωμα και η ηθική υποχρέωση του γιατρού [25, 33 – 36]. Αυτό άλλαξε σταδιακά πριν από τριακόσια χρόνια με την εδραίωση της ιατρικής ως νεωτεριστική επιστήμη, η οποία και προτεραιοποίησε την διάγνωση της νόσου [21, 22]. Η ιατρική και η ηθική χώρισαν και μπήκαν σε απομονωμένες και παράλληλες τροχιές σκεπτικών [15, 37]. Μεταξύ τους δημιουργήθηκε μια απόσταση, ένα κενό ηθικής. Διαμορφώθηκε σταδιακά μια δυσαρμονία προσδοκιών στη σχέση ασθενούς ιατρού: οι ασθενείς που πονάνε επιζητούν άμεση ανακούφιση, ενώ ο γιατρός επιμένει πρώτα στην διαγνωστική αποσαφήνιση της αιτίας του πόνου, της νόσου δηλαδή που τον προκάλεσε [2, 38]. Ο πόνος υποβαθμίστηκε από ένα κομβικό σημείο σύζευξης στη σχέση ασθενούς και ιατρού, - που συμπυκνώνει την ανάγκη του ασθενούς να ανακουφιστεί αποτελεσματικά και άμεσα και την υποχρέωση του γιατρού να ανταποκριθεί σε αυτή την ανάγκη,- σε ένα σύμπτωμα μιας νόσου, η οποία πρέπει να διαγνωστεί κατά προτεραιότητα ακόμα και αν το τίμημα είναι η παράταση του πόνου που βιώνει ο ασθενής [39]. Η σύγχρονη ιατρική μετάθεσε τη θεώρηση του πόνου από την πλευρά του ασθενούς προς την οπτική γωνία του γιατρού [40]. Ο πόνος μπορεί πια να περιμένει γιατί «δεν είναι κανενός» [41]. Μεταλλάχτηκε σε

εργαλείο και μέσο της διάγνωσης που παραπέμπει, όσο υπάρχει και διατηρείται, σε μια κατηγορία νοσημάτων [21, 22] κάτι που ισχύει ακόμη και σήμερα παρά του ό,τι οι γιατροί έχουν στην διάθεση τους απεικονιστικές εξετάσεις που συνεπικουρούν στην κλινική διάγνωση [42]. Ο πόνος εξακολουθεί να υποαντιμετωπίζεται στο ΤΕΠ, γιατί απέκτησε το χαρακτήρα ενός οδηγού σημείου για τους γιατρούς, από το οποίο εξαρτώνται για την διάγνωση των ασθενών με οξεία κοιλία, φοβούμενοι ότι η ανακούφιση των ασθενών συγκαλύπτει την κλινική εικόνα και οδηγεί σε λανθασμένη ή καθυστερημένη διάγνωση [2, 40]. Αυτός είναι ο ιατρικός λόγος, το εξορθολογισμένο επιχείρημα στον ιατρικό συλλογισμό, σύμφωνα με το οποίο απαγορεύεται να χορηγούνται αναλγητικά παρά μόνο όταν και αφού έχει κατοχυρωθεί η διάγνωση του νοσήματος που προκαλεί το οξύ κοιλιακό άλγος [40]. Εκτός από αυτή την εργαλειοποίηση του πόνου, που δημιουργεί το «ηθικό κενό» ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή του οδηγώντας τον στην ολιγοαναλγησία, σημαντικοί φραγμοί για την σωστή αντιμετώπιση της αλγαισθησίας στο ΤΕΠ είναι: η υποεκτίμηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της έντασης αλλά και της σημασίας του πόνου ως βίωμα και ωδίνη, η έλλειψη γνώσης των γιατρών πάνω στην φαρμακολογία των αναλγητικών και οπιοειδών και η μη συμμόρφωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν στον πόνο [43], ο οποίος το 1995 (πολύ καθυστερημένα σε σχέση με την πρόοδο της ιατρικής σε όλους τους τομείς της) προσδιορίστηκε ως το 5^ο ζωτικό σημείο [44]. Το σημαντικότερο όμως εμπόδιο για την σωστή αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί η αποσύνδεση της ιατρικής σκέψης από τις τέσσερις βιοηθικές αρχές, που συνιστούν τον ηθικό πυρήνα της ιατρικής πράξης απέναντι στον πόνο [12 -14, 45]. Ο γιατρός δεν εκπαιδεύεται συστηματικά ούτε υποχρεωτικά από το πανεπιστήμιο και κατά τη διάρκεια της ειδικότητας του στην βιοηθική και τις βασικές της αρχές και δεν αποκτά τη δυνατότητα στο να κατανοεί ότι ο ασθενής δεν πονάει μόνο επειδή νοσεί, αλλά πονάει ως άνθρωπος που αισθάνεται και βιώνει μια οδίνη [30, 34, 46]. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της ηθικής τύφλωσης είναι η επιμονή των γιατρών απέναντι σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος (οξεία κοιλία) να μην χορηγούν αναλγητικά για να αποφευχθεί η διαγνωστική παραπλάνηση, παρά του ό,τι οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν ακριβώς το αντίθετο [47]. Σε αυτή την περίπτωση οι γιατροί είναι σαν να μην βλέπουν ότι ο ασθενής με οξεία κοιλία που δεν λαμβάνει αναλγητικά επειδή δεν κατοχυρώθηκε

ακόμη η διάγνωση, παραμένει όχι μόνο σε μια αμετάβλητη, ανυπόφορα επώδυνη κατάσταση, αλλά χάνει το κουράγιο του και απελπίζεται, επειδή νιώθει ότι

(1) όχι μόνο δεν ωφελείται [48], αλλά συγχρόνως

(2) βιώνει συνεχώς τον φόβο και την απειλή μιας επιβλαβούς κατάστασης [13],

(3) είναι αποκομμένος, επειδή συνεχίζει να πονάει, από τον «έξω» ιατρικό και νοσηλευτικό «κόσμο» [34, 49] που του ενισχύει την εντύπωση ότι δεν εισακούγεται και δεν γίνεται σεβαστή η πραγματική του ανάγκη ως άνθρωπος να λυτρωθεί από αυτή την αλγεινή συνθήκη [50] και τέλος

(4) επειδή δεν ανακουφίζεται άμεσα, όπως είναι το δικαίωμα όλων των ασθενών που πονάνε προσερχόμενοι στα ΤΕΠ όλων των νοσοκομείων, αμφισβητεί τη δικαιοσύνη του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας [12 – 14, 48, 51]. Οι τέσσερις αυτές βιοηθικές αρχές [52, 53], όπως αντικατοπτρίστηκαν εναντιωματικά και απαριθμήθηκαν παραπάνω, συνθέτουν την ηθική που υπαγορεύει την άμεση ανακούφιση του ασθενούς ανεξάρτητα από το αν έχει τεθεί η όχι επακριβώς η διάγνωση της νόσου του [12 - 14]. Με τις βιοηθικές αρχές ευοδώνεται η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς και επιτάσσεται μια τελείως διαφορετική - ηθική - προσέγγιση απέναντι στην διαδεδομένη - ιατρική - αντίληψη των γιατρών, σύμφωνα με την οποία η διάγνωση της νόσου έχει πολύ μεγαλύτερη σημασία και προτεραιότητα από ό,τι ο πόνος [54 - 60]. Η ηθική του πόνου όμως φαίνεται ότι δεν έχει διαποτίσει την κλινική πραγματικότητα [47] και η σχέση του ιατρού ασθενούς απέχει πολύ από το να στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο στην βιοηθική όσον αφορά στην λήψη των αποφάσεων της που αφορούν στη διαχείριση του πόνου [12, 47, 61]. Αυτή η παρατήρηση γέννησε την ανάγκη να ιχνηλατηθεί με αυτή την εργασία η συσχέτιση, η διασύνδεση και η επιρροή που μπορεί να έχουν οι τέσσερις αρχές [53] στην ιατρική απόφαση για την ανακούφιση ενός ασθενούς από το οξύ κοιλιακό άλγος στην κλινική πράξη, το οποίο αποτελεί την πιο τυπική έκφραση της διαγνωστικής εξάρτησης των ιατρών από τον πόνο, τον οποίο εργαλειοποιούν για να καταλάβουν ποιο είναι το πάσχον όργανο που προκάλεσε τη νόσο. Γιατί σκέφτονται ακόμα και σήμερα έτσι οι γιατροί; Γιατί δεν ακολουθούν το πρωταρχικό βιοηθικό αξίωμα της ωφέλειας και δεν ανακουφίζουν τον ασθενή; Γιατί συνεχίζουν την τακτική της ολιγοαναλγησίας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να βιώνουν αδικαιολόγητα τον πόνο επειδή πρέπει να διαγνωστεί πρώτα η κοιλιακή τους πάθηση; Γιατί δεν συμμορφώνονται οι γιατροί στα επιστημονικά δεδομένα που έχουν αμφισβητήσει και απορρίψει την ολιγοαναλγησία ως μη σωστή πρακτική

[62]; Πώς μπορεί η βιοηθική να μεταπείσει τους γιατρούς που δεν πείστηκαν από αυτά τα επιστημονικά δεδομένα προτρέποντας τους στην άμεση ανακούφιση; Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα αποτελούν και τους στόχους της εργασίας που είναι (α) να προσδιορίσει εκείνα τα ιατρικά επιχειρήματα στα οποία στηρίζεται η εργαλειοποίηση του πόνου που οδηγεί στην ολιγοαναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία, (β) να καταδείξει πώς οι τέσσερις βιοηθικές αρχές μπορεί να λειτουργήσουν ως αντιεπιχειρήματα στην ολιγοαναλγησία συμβάλλοντας πειστικά, καθοριστικά και καθολικά στην άμεση αναλγησία και ανακούφιση αυτών των ασθενών, (γ) να εξετάσει την επιστημονική τεκμηρίωση και την ηθική υπόσταση της ολιγοαναλγησίας και του αντίποδα της που είναι η άμεση προδιαγνωστική ανακούφιση του ασθενούς που στηρίζεται στις βιοηθικές αρχές (δ) να εξιχνιάσει ποσοτικά και ποιοτικά εάν οι κλινικές μελέτες, που διερεύνησαν την επιστημονική τεκμηρίωση της ολιγοαναλγησίας σε ασθενείς με οξεία κοιλία, υπογραμμίζουν ότι η ηθική του πόνου και οι τέσσερις βιοηθικές αρχές πρέπει να είναι τα κύρια και πρωταρχικά κίνητρα της αναλγησίας (ε) να αναδείξει ότι μπορεί να αναδιαμορφωθεί μια προσέγγιση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος που είναι και η ηθική και επιστημονικά τεκμηριωμένη.

Μεθοδολογία

Προηγήθηκε μια προπαρασκευαστική φάση για να χαρτογραφηθούν (α) το πεδίο της ηθικής του πόνου καθώς και της ιατρικής αντιμετώπισης του από τα αρχαία χρόνια μέχρι σήμερα, (β) η τρέχουσα αντίληψη και πράξη όσον αφορά στην αντιμετώπιση του πόνου στο ΤΕΠ καθώς επίσης (γ) και να αποσαφηνιστούν οι ορισμοί των εννοιών αυτής της εργασίας που σχετίζονται με την ηθική, τη βιοηθική τον ανθρωπισμό, το πόνο, την αναλγησία, την οξεία κοιλία (οξύ κοιλιακό άλγος), την εργαλειοποίηση, την ολιγοαναλγησία και την επιστημονική τεκμηρίωση. Η άντληση των δεδομένων έγινε:

(1) από μονογραφίες που αφορούν (α) στην ηθική και την ιστορία του πόνου [22, 33, 34] (β) στην εξέλιξη της ιατρικής σε επιστήμη και τη σημασία που είχε σε αυτή την εξέλιξη η δημιουργία των κλινικών [21], (γ) στη φιλοσοφία της ιατρικής και τη ηθικής στο δυτικό πολιτισμό [15, 63] και (δ) στη πρόωμη διάγνωση τους οξέος κοιλιακού άλγους [40, 64] και

(2) από τη βιβλιογραφία που ανιχνεύτηκε στο διαδίκτυο στη μηχανή αναζήτησης Google και στη βάση ιατρικών δεδομένων Pubmed, χωρίς περιορισμούς της ημερομηνίας δημοσίευσης των εργασιών και της γλώσσας. Κριτήρια εξαίρεσης ήταν ο χρόνιος πόνος, ο καρκινικός πόνος, ο μετεγχειρητικός πόνος, ο πόνος μετά από τραύμα. Οι λέξεις κλειδιά ήταν ethics, bioethics, pain, acute abdominal pain, acute abdomen, acute pain, analgesia, treatment, undertreatment, opioids, education, curriculum, barriers, emergency department, guidelines, audit, algorithms, randomized controlled trials, metanalysis, review, guidelines.

Ακολουθώς, αποσαφηνίστηκαν οι ορισμοί των εννοιών ως εξής:

Ηθική: ο τρόπος ανάπτυξης, η αλληλουχία και το είδος των συλλογισμών για την απόφαση να πραχτεί το σωστό, ανάλογα με την περίσταση και βάσει αξιών, σκοπών και σκοπιμότητας [15, 20]

Βιοηθική: το σύνολο των αρχών, αξιών και κανόνων που διαμορφώνει ένα σύστημα αξιολόγησης των προτεραιοτήτων για την επίλυση συγκρουσιακών καταστάσεων και διλημμάτων στην ιατρική και βιολογία [15, 20]

Τέσσερεις Βιοηθικές αρχές – υποχρεώσεις [53]:

1. Αρχή της ωφέλειας: η υποχρέωση να εξασφαλίζεται το καλό του ασθενούς
2. Αρχή της αβλάβειας: η υποχρέωση να προσδιορίζεται και να ελαχιστοποιείται ή αποφεύγεται το επιζήμιο αποτέλεσμα (βλάβη) για τον ασθενή

3. Αρχή του σεβασμού της αυτονομίας: η υποχρέωση του σεβασμού απέναντι στον ασθενή ως ανθρώπινο ον, που έχει το δικαίωμα να αποφασίζει με βάση τις αξίες του ως ασθενής
4. Η αρχή της δικαιοσύνης: η μέριμνα για την δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών απέναντι στο πληθυσμό των ασθενών

Ανθρωπισμός (=ανθρωπιστική πράξη): το συνειδητό ενδιαφέρον που ενεργοποιεί τη βοήθεια προς τους άλλους [15]

Πόνος: δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματικό βίωμα που σχετίζεται με ή παραπέμπει σε πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών [65]

Ηθική αντιμετώπισης του πόνου ή **ηθική του πόνου:** η καθολικότητα της υποχρέωσης για την άμεση ανακούφιση από τον πόνο [12 – 14, 48]

Οξεία κοιλία (=οξύ κοιλιακός πόνος): αδιάγνωστο κοιλιακό άλγος με αιφνίδια έναρξη και διάρκεια μικρότερη της εβδομάδας. Στον οξύ κοιλιακό πόνο κρύβεται μια ποικιλία από παθήσεις που αφορούν στα ενδο- και οπισθο- περιτοναϊκά όργανα της κοιλίας, που μπορεί να παρουσιάζουν φλεγμονή, ισχαιμία, διάτρηση, απόφραξη, τραύμα, δυσλειτουργία, συμφόρηση και ανεπάρκεια λειτουργίας οργάνων. Το ¼ των περιπτώσεων με οξεία κοιλία αφορά σε επείγουσες χειρουργικές παθήσεις [64]

Ζωτικά σημεία: αρτηριακή πίεση, αναπνοές, σφίξεις, θερμοκρασία, πόνος [44]

Τμήμα επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ): πρώτος σταθμός υποδοχής ασθενών με επείγουσες καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με οξεία κοιλία [2]

Ιατρικό Δόγμα: διαδομένη άποψη για θεραπευτικά ή διαγνωστικά ζητήματα που ακολουθείται από την πλειονότητα των ιατρών χωρίς όμως να έχει αποδειχτεί η εγκυρότητα και ορθότητα του μέσα από προοπτικές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες [42]

Επιστημονική Τεκμηρίωση: σύνολο δεδομένων (ενδείξεων) υψηλού επιπέδου αξιοπιστίας και αποδεικτικότητας που προέρχονται από (καλά σχεδιασμένες) τυχαιοποιημένες προοπτικές μελέτες και με τα οποία τεκμηριώνονται εκείνες οι ιατρικές πρακτικές που προσφέρουν το μεγαλύτερο δυνατό όφελος στο μεγαλύτερο αριθμό ασθενών [66]. Η επιστημονική αυτή τεκμηρίωση παραμένει πάντα εμπειρική και είναι αδύνατο να διεκδικήσει την απόλυτη (μαθηματική) αλήθεια [67]. Συμβάλει όμως σε σημαντικό βαθμό στο να προσδιορίσει ο γιατρός εκείνες τις πρακτικές που έχουν μεγαλύτερο όφελος και είναι λιγότερο επιβλαβείς για τους ασθενείς από άλλες που προτείνονται και εφαρμόζονται εμπειρικά χωρίς αντίστοιχα δεδομένα και

ενδείξεις και ως εκ τούτου προσδιορίζει έμμεσα πλην σαφώς τον ηθικό πυρήνα ενός συλλογισμού [68].

Ολιγοαναλγησία: αποφυγή ή καθυστέρηση χορήγησης των αναλγητικών σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος μέχρι να αποσαφηνιστεί η διάγνωση [8]

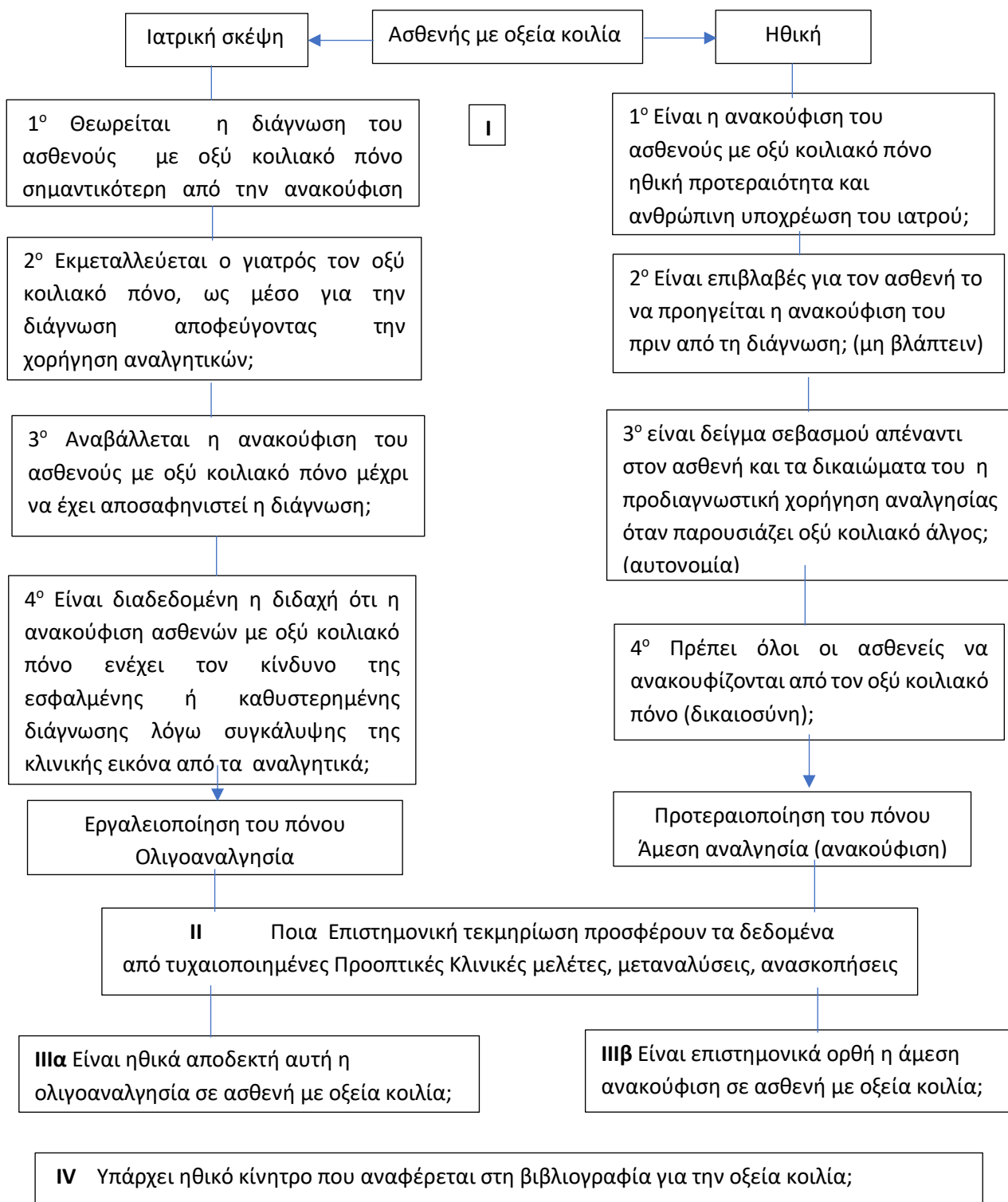
Άμεση ανακούφιση: άμεση χορήγηση αναλγητικών σε ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος με σκοπό την ανακούφιση του, ανεξάρτητα από το αν έχει ή όχι τεκμηριωθεί η διάγνωση [64]

Εργαλειοποίηση του πόνου: χρησιμοποίηση του πόνου από τον ιατρό αποκλειστικά και μόνο ως εργαλείο διαφοροδιαγνωστικής σκέψης, δηλαδή ως μέσο διάγνωσης, με αποτέλεσμα την αποφυγή ή καθυστέρηση της χορήγησης των αναλγητικών. Η εργαλειοποίηση του πόνου οδηγεί στην ολιγοαναλγησία, που αποστασιοποιεί τον γιατρό από τη σκέψη ότι ο πόνος είναι βίωμα και ωδίνη ασθενούς

Προτεραιοποίηση του πόνου: αναγνώριση του πόνου ως επώδυνο βίωμα ενός ανθρώπου που απαιτεί άμεση ανακούφιση ανεξάρτητα από την διάγνωση [24]

Ακολουθώντας, κατηγοριοποιήθηκε η βιβλιογραφία σε δυο ομάδες: (α) μία βιβλιογραφία επιστημονικής και ηθικής τεκμηρίωσης που περιλαμβάνει προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, μεταanalύσεις και ανασκοπήσεις για την τεκμηρίωση της ασφάλειας και του οφέλους που έχει η εργαλειοποίηση και η προτεραιοποίηση του πόνου αντίστοιχα και (β) μία βιβλιογραφία αναζήτησης του ηθικού κινήτρου που περιλαμβάνει το σύνολο των μελετών οποιουδήποτε μεθοδολογικού σχεδιασμού πάνω στην αναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία, για την αναζήτηση της αναφοράς και της επισήμανσης της αξίας του ηθικού κινήτρου για την αναλγησία.

Στη συνέχεια διαμορφώθηκε ένα γνωσιακό πλαίσιο εργασίας αντιμετώπισης οξέος κοιλιακού πόνου που περιλαμβάνει δυο άξονες νοοτροπίας (I) και 3 ερωτήσεις (II, IIIα,β, IV) που αφορούν στην επιστημονική τεκμηρίωση (II), τη συσχέτιση τους με την ηθική (IIIα,β) και τα ηθικά και ανθρωπιστικά κίνητρα της βιβλιογραφίας (IV) (διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1. Διάγραμμα γνωστικού πλαισίου εργασίας των αξόνων νοοτροπίας (I) και των ερωτημάτων για την τεκμηρίωση (II), ηθική υπόσταση (IIIα,β) και ηθικά κίνητρα της βιβλιογραφίας (IV)

I

άξονες νοοτροπίας στη προσέγγισης οξέος κοιλιακού άλγους:

Οι δυο διαφορετικές τακτικές αντιμετώπισης του οξέος κοιλιακού άλγους αντιστοιχήθηκαν σε δυο άξονες νοοτροπίας που πορεύονται παράλληλα και με αντίθετους σκοπούς: ο ένας άξονας αποσκοπεί στην ολιγοαναλγησία και ο άλλος άξονας επιδιώκει την άμεση ανακούφιση, αντίστοιχα. Καθένας από τους δυο άξονες περνάει μέσα από τέσσερα «ρητορικά επιχειρήματα», που διατυπώνονται ως ερωτήματα (διαπορητικά επιχειρήματα) που εξηγούν και στηρίζουν το σκεπτικό του καθενός. Ο άξονας της ολιγοαναλγησίας αντανάκλα ένα ιατρικό σκεπτικό ή (μεθοδολογία ιατρικής σκέψης) που είναι αποκομμένο από την ηθική αντιμετώπισης του πόνου. Είναι μια μεθοδολογία σκέψης αποκλειστικά και μόνο από την οπτική γωνία του γιατρού. Στοχεύει στην διάγνωση της νόσου και όχι στην ανακούφιση του ασθενούς. Προς τούτο εργαλειοποιεί τον πόνο, όπως οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα. Τα τέσσερα διαπορητικά επιχειρήματα στον ιατρικό αυτό άξονα τεκμηριώνουν την εργαλειοποίηση του πόνου που αποτελεί την κεντρική έννοια του άξονα της ολιγοαναλγησίας.

Αντίθετα, στον άξονα της άμεσης ανακούφισης, το σκεπτικό δεν είναι ιατρικό αλλά ηθικό. Τα τέσσερα διαπορητικά επιχειρήματα σε αυτόν τον άξονα αντιστοιχούν στις τέσσερεις αρχές της βιοηθικής και τεκμηριώνουν την σημασία της άμεσης ανακούφισης από το πόνο (προτεραιοποίηση του πόνου). Αυτή η προδιαγνωστική, άμεση χορήγηση των αναλγητικών, με σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος, αντανάκλα την ηθική αντιμετώπισης του πόνου (ηθική του πόνου).

II

ερώτηση για την επιστημονική τεκμηρίωση της ολιγοαναλγησίας σε σύγκριση με την άμεση χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του ασθενούς:

Προς τούτο αναλύθηκε η βιβλιογραφία επιστημονικής τεκμηρίωσης που περιλαμβάνει την πρωτογενή βιβλιογραφία, δηλαδή τις προοπτικές τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, και τη δευτερογενή βιβλιογραφία δηλαδή τις μεταanalύσεις και τις ανασκοπήσεις που διερεύνησαν την ασφάλεια και το όφελος από την άμεση χορήγηση αναλγητικών σε σύγκριση με την ολιγοαναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία.

III

δυο ερωτήσεις αντιμετάθεσης χαρακτηρισμών στους δυο άξονες:

(IIIα) έχει ηθική υπόσταση το σκεπτικό της ολιγοαναλγησίας;

(IIIβ) μπορεί να τεκμηριωθεί επιστημονικά η άμεση ανακούφιση σε ασθενείς με οξεία κοιλία;

Οι ερωτήσεις χαρακτηρίστηκαν ως αντιμεταθετικές γιατί διερευνούν αν αντιστοιχούν ιδιότητες στα δυο σκεπτικά (άξονες νοοτροπίας) που θεωρητικά δεν ενυπάρχουν, ως βάση και θεμέλιο, στον συλλογισμό τους. Προς τούτο ερμηνεύτηκε η βιβλιογραφία της επιστημονικής τεκμηρίωσης των δυο αξόνων κάτω από το πρίσμα της εξής προϋπόθεσης: όταν μια ιατρική πρακτική τεκμηριώνεται επιστημονικά με αξιόπιστα και υψηλού επιπέδου αποδεικτικότητα στοιχεία (ενδείξεις) τότε κατά κανόνα είναι ηθική, γιατί (α) αποδείχτηκε ότι προσφέρει όφελος και δεν είναι επιβλαβής και (β) οι μελέτες που προσέφεραν τα σχετικά δεδομένα αδειοδοτήθηκαν από επιτροπές ηθικής - (βιο)ηθικής. Αντίθετα όταν μια ευρέως διαδεδομένη πρακτική δεν τεκμηριώνεται από κλινικές μελέτες με αντίστοιχα δεδομένα και ενδείξεις, τότε δεν μπορεί, κατά κανόνα, να χαρακτηριστεί ηθική η συνέχιση αυτής της πρακτικής [69].

IV

ερώτηση για ηθικό κίνητρο της χορήγησης αναλγητικών στην βιβλιογραφία για την αναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία

Προς τούτο αναζητήθηκαν στις μελέτες ποιοτικά και ποσοτικά οι ηθικές αναφορές που σχετίζονται: (1) με τις βιοηθικές αρχές, ή την ηθική αξία αντιμετώπισης του πόνου (2) με τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα της πρώιμης αναλγησίας όπως επίσης και (3) με την ανακούφιση («δημιουργίας άνεσης» ή ανενοχλησία) των ασθενών μετά από την αναλγησία

Πρωτογενείς στόχοι της μελέτης

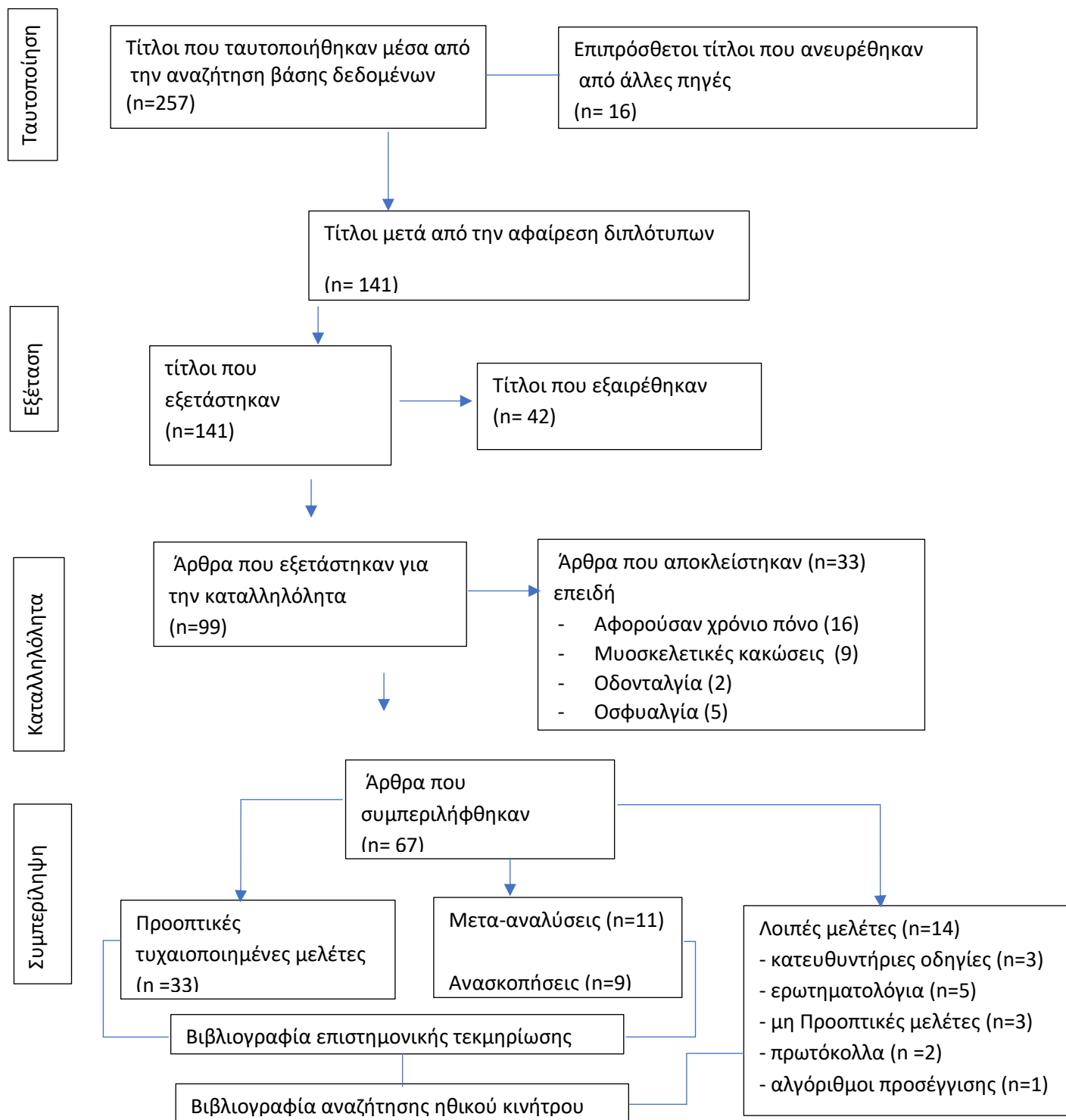
1. η αποσαφήνιση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και της ηθικής υπόστασης καθενός από του δυο άξονες νοοτροπίας
2. ο ποσοτικός (αριθμητικός και ποσοστιαίος) και ποιοτικός (εννοιολογικός) προσδιορισμός της ύπαρξης ηθικών κινήτρων για την αναλγησία που αναφέρονται μέσα στη βιβλιογραφία για την αναλγησία στην οξεία κοιλία
3. η δυνατότητα αποκρυστάλλωσης ενός και μόνο σκεπτικού για την αντιμετώπιση του οξέος κοιλιακού άλγους που είναι και ηθικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο
4. η αποσαφήνιση της σημασίας της βιοηθικής ως αποφασιστικό κριτήριο για την άμεση ανακούφιση ασθενών με οξεία κοιλία

Παράλληλα θα επεξηγηθούν αφηγηματικά τα τέσσερα διαπορητικά επιχειρήματα στους άξονες της ολιγοαναλγησίας και πρώιμης ανακούφισης αντίστοιχα, έτσι ώστε μέσα από συνοπτική ιστορική ιατρική και βιοηθική αναφορά, να σκιαγραφηθεί το γνωσιακό τοπίο που στηρίζει την εργαλειοποίηση και τη προτεραιοποίηση του πόνου αντίστοιχα.

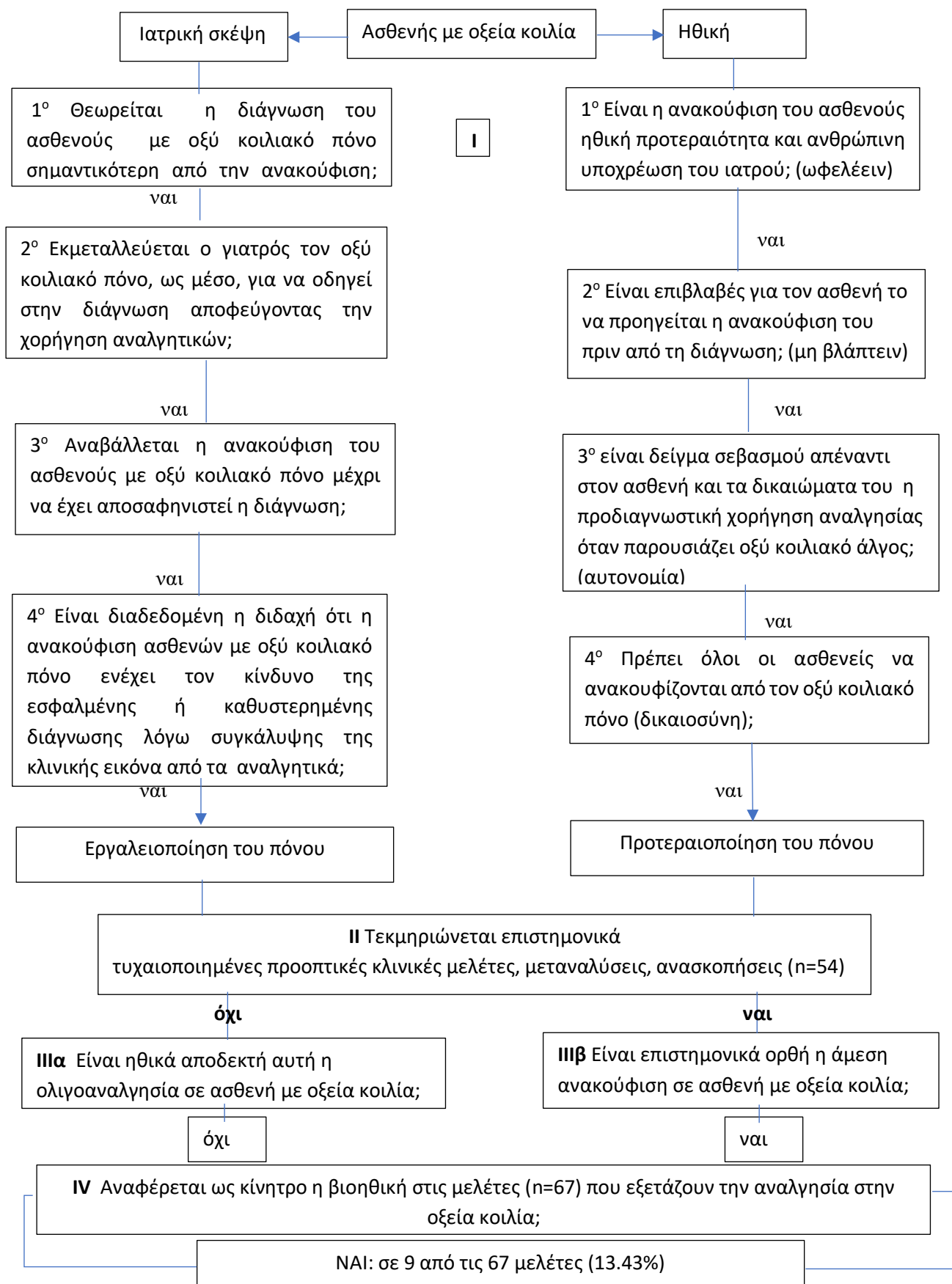
Επίσης θα αναλυθούν ποσοτικά τα χαρακτηριστικά των μελετών της βιβλιογραφίας της επιστημονικής τεκμηρίωσης και του ηθικού κινήτρου για την αναλγησία και τα οποία αφορούν στους τίτλους των περιοδικών, τις δημοσιεύσεις ανά περιοδικό, τη χώρα προέλευσης του πρώτου συγγραφέα, την ημερομηνία δημοσίευσης της εργασίας, το πεδίο ενδιαφέροντος του περιοδικού, την ειδικότητα του πρώτου συγγραφέα, το τύπο μελέτης, τη χρήση ή όχι πλάσέμπο στη μελέτη, το μελετώμενο είδος αναλγητικού, καθώς επίσης και το τύπο του κοιλιακού άλγους που είχαν οι ασθενείς την μελέτης.

Αποτελέσματα

Εξήντα επτά μελέτες [70 – 136] (διάγραμμα PRISMA) συνέθεσαν την βιβλιογραφία αναζήτησης ηθικού κινήτρου για την αναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία (Πίνακας 1) περιλαμβάνοντας 33 προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες [70 – 102], 11 μεταanalύσεις [103 – 113] 9 ανασκοπήσεις [114 – 122] 5 ερωτηματολόγια για την αντιμετώπιση του πόνου στην οξεία κοιλία [128, 129, 130, 131, 135], 3 κατευθυντήριες οδηγίες [127, 124, 136], μη προοπτικές μελέτες [123, 125, 126] δυο πρωτόκολλα μελετών [132, 133], και ένα αλγόριθμο αντιμετώπισης οξείας κοιλίας [134] (Πίνακες 2 – 5). Από αυτές, 53 μελέτες [70 – 122] αποτέλεσαν την βιβλιογραφία της επιστημονικής τεκμηρίωσης που απέδειξε ότι ολιγοαναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία δεν αποτελεί επιστημονικά σωστή και ηθική πράξη (Πίνακας 6). Το ηθικό κίνητρο που πρέπει να παρακινεί τους γιατρούς στην άμεση ανακούφιση ασθενών με οξεία κοιλία αναφέρθηκε και επισημάνθηκε μόνο σε 9 (13.43%) [70, 72, 81, 82, 101, 102, 115, 116, 136] μελέτες (Πίνακες 1, 7 – 9). Οι απαντήσεις που αφορούν στα διαφορετικά επιχειρήματα των αξόνων συνοψίζονται στο διάγραμμα 2. Τα γενικά χαρακτηριστικά των μελετών αποδίδονται στους πίνακες 1 - 5.



Διάγραμμα ροής (PRISMA) για τη συμπερίληψη των 67 μελετών



Διάγραμμα 2: σύνοψη απαντήσεων στα ερωτήματα του γνωσιακού πλαισίου εργασίας για τις πρακτικές αντιμετώπισης ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος

Χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στις μελέτες (n=67)	
Δημοσιεύσεις ανά Τίτλο Περιοδικού 1 (n= 34) 2 (n=3) 3 (n=1) 4 (n=3) 6 (n=2)	Adv J Emerg Med, Am J Surg, BJA, Can Fam Physician, Chin Med J, IAMJ, BJS, Am J Ger Pharmacother, Ann R Coll Surg Engl, Bull Emerg Trauma, Emerg Med Clin N Am, ESEM, IJS, J Am Coll Surg, JAMA, Med Care, Lancet, Jpn J Radiol, Eur Rev Med Pharmacol Sci, Health & Research Journal, J Emerg Med, Int J Med Toxic Foren Med, J Cardiovasc Thorac Res, J Clin Med Res, Pediatrics, Langenbeck's Arch Surg, Minerva Anesthesiol, NEJM, Pediatr Emer Care, Pediatric Anesth, Radiology, Trials, Turk J Trauma Emerg Surg, ESEM Emerg Med J, Inter J Emerg Med, SMW Eur J Emerg Med BMJ , Am J Emerg Med, Cochrane, AEM, Ann Emerg Med
Πεδίο ενδιαφέροντος περιοδικού	Επειγοντολογία (n=26), Χειρουργική , επείγουσα χειρουργική-χειρουργική τραύματος (n=10) γενική ιατρική (n= 8), Παθολογία (n=5) Μετα-αναλύσεις (n=4), Παιδιατρική (n=3), Αναισθησιολογία (n=2), Ακτινολογία (n=2) λοιπές (n=1): κλινική έρευνα καρδιοθωρακοχειρουργική Φαρμακολογία τοξικολογία γηριατρική πόνος καταχωρήσεις μελετών
Ειδικότητα πρώτου συγγραφέα	Επειγοντολογία (n=39), χειρουργική (n=19), παιδιατρική (n=5), παθολογία (n=2), αναισθησιολογία (n=1) , γαστρεντερολογία (n=1)
Χώρα	ΗΠΑ (n=26), Αγγλία (n=4), Αυστραλία (n=4) Ιράν (4), Ελβετία (n=3), Καναδάς (n=3), Τουρκία (n=2), Γερμανία (n=2) ,Νιγηρία (n=2), λοιπές (n=1):Ισπανία, Βέλγιο, Κίνα, Ελλάδα, Ιαπωνία, Σιγκαπούρη, Ισραήλ, Κατάρ, Χιλή, Νορβηγία
Τύπος μελέτης	Τυχαιοποιημένες προοπτικές μελέτες (n=33), μεταanalύσεις (n=11), ανασκοπήσεις (n=9) λοιπές μελέτες (n=14)
Πλασέμπο	Ναι n= 41 / όχι n=26
Αναλγητικό	Μορφίνη (n=16), οποιοσδήποτε (n=13), οποιοδήποτε (n=14) κεταμίνη (n=6), υδρομορφίνη/υδρομορφίνη (n=4) τραμαδόλη (n=3) πεθιδίνη (n=3) παρακεταμόλη (n=2) μπουπρενορφίνη (n=2) ΜΣΑΦ (n=1) φαιντανίλη (n=1), λιδοκαΐνη (n=1), διτυρόνη (n=1) βουτυλοχρωμιούχος υοσκίνη (n=1)
Οδός χορήγησης	Ενδοφλέβια (28), οποιοσδήποτε (18), ενδοφλέβια και ενδομυϊκά (10) ενδομυϊκά (3), εκνέφωμα ρινικό (2), υπογλώσσια (1) υποδόρια (1) δεν αναφέρεται (3)
(βιο)ηθική	Ναι n=9 (11.94%) όχι n = 58 (88.05%)
Ανθρωπιστική πράξη	Ναι n=15 (22.38%) όχι n = 52 (77.61%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη	Ναι n= 4 (5.97%) όχι n = 63 (94.02%)
Άνεση ασθενούς	Ναι n=17 (25.37%) όχι n = 50 (74.62%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη και άνεση ασθενούς	Ναι n = 1 (1.49%)
Τύπος άλγους	Οξύ κοιλιακό άλγος n= 36 Οξύ άλγος n= 19 (μαζί με κοιλιακό άλγος) Οξεία σκωληκοειδίτιδα n = 7 Κωλικός νεφρού n = 2 Οξεία παγκρεατίτιδα n = 2 Κωλικός χοληφόρων n = 1

Πίνακας 1: χαρακτηριστικά συνόλου μελετών και που αναλύθηκαν

Χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στις προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες (n=33)	
Δημοσιεύσεις ανά Τίτλο Περιοδικού 1 (n=)	Chin Med J, Am J Ger Pharmacother, Ann R Coll Surg Engl, Bull Emerg Trauma, Emerg Med Clin N Am, J Am Coll Surg, Inter J Emerg Med, Lancet, Eur Rev Med Pharmacol Sci, J Emerg Med, Int J Med Toxic Foren Med, J Cardiovasc Thorac Res, Pediatrics, Pediatr Emer Care, Radiology, Turk J Trauma Emerg Surg,
2 (n=2)	Emerg Med J, BMJ
4 (n=2)	Am J Emerg Med, Ann Emerg Med
6 (n=1)	AEM
Πεδίο ενδιαφέροντος ανά περιοδικά	Επειγοντολογία (n=18), Χειρουργική , επείγουσα χειρουργική-χειρουργική τραύματος (n=4) γενική ιατρική (n= 4) Παιδιατρική (n=2), Λοιπές (n=1): Ακτινολογία, καρδιοθωρακοχειρουργική Φαρμακολογία τοξικολογία γηριατρική
Ειδικότητα πρώτου συγγραφέα	Επειγοντολογία (n=22), χειρουργική (n=7), παιδιατρική (n=3), αναισθησιολογία (n=1)
Χώρα	ΗΠΑ (n=16), Αγγλία (n=3), Αυστραλία (n=2) Ιράν (n=4), Τουρκία (n=2), Λοιπές (n=1): Κίνα, Νιγηρία Καναδάς, Σιγκαπούρη, Κατάρ, Ελβετία
Πλασέμπο	Ναι n= 25 (75.75%) / όχι n=8 (24.24%)
Αναλγητικό	Μορφίνη (n=14), κεταμίνη (n=6), υδρομορφίνη/υδρομορφόνη (n=4) τραμαδόλη (n=3) πεθιδίνη (n=3) παρακεταμόλη (n=1) μπουπρενορφίνη (n=1)) φαιντανίλη (n=1)
Οδός χορήγησης	Ενδοφλέβια (n=22),), ενδοφλέβια και ενδομυϊκά (n=3) ενδομυϊκά (n=3), εκνέφωμα ρινικό (n=2), υπογλώσσια (n=1) υποδόρια (n=1) δεν αναφέρεται (n=1)
(βιο)ηθική	Ναι n=6 (18.18%) όχι n = 27 (81.81%)
Ανθρωπιστική πράξη	Ναι n=7 (21.21%) όχι n = 26 (78.78%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη	Ναι n= 2 (6.06%) όχι n = 31 (93.93%)
Άνεση ασθενούς	Ναι n=10 (30.30%) όχι n = 23 (69.69%)
Ανθρωπιστική και βιοηθική πράξη και άνεση ασθενούς	Ναι n = 0
Τύπος άλγους	Οξύ κοιλιακό άλγος n= 14 Οξύ άλγος n= 12 (μαζί με κοιλιακό άλγος) Οξεία σκωληκοειδίτιδα n = 6 Κωλικός νεφρού n = 1

Πίνακας 2: χαρακτηριστικά και αποτελέσματα προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών

Χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στις μεταanalύσεις (n=11)	
Δημοσιεύσεις ανά Τίτλο Περιοδικού 1 (n= 7) 4 (n=1)	AEM, Ann Emerg Med, BJA, Can Fam Phys IJS, J Clin Med Res, Ped Anesth Cochrane
Πεδία ενδιαφέροντος ανά περιοδικό	Βάσεις δεδομένων – μεταanalύσεων (n=4), Επείγοντολογία (n=2) Λοιπές (n=1): γενική ιατρική, χειρουργική, παιδιατρική, αναισθησιολογία, κλινική έρευνα
Ειδικότητα πρώτου συγγραφέα	Επείγοντολογία (n=6), χειρουργική (n=3), παιδιατρική (n=1), γαστρεντερολογία (n=1)
Χώρα	Αυστραλία (n=2), Ιταλία (n=2), Καναδάς (n=2), Αγγλία (n=2), Λοιπές (n=1): Χιλή ΗΠΑ, Ισπανία
Πλασέμπο	Ναι n= 9 (81.81%) / όχι n=2 (18.18%)
Αναλγητικό	Οπιοειδή n=8), ΜΣΑΦ (n=1) μπουπρενορφίνη (n=1) διτυρόνη (n=1)
Οδός χορήγησης	Ενδοφλέβια (n=3), ενδοφλέβια και ενδομυϊκά (n=4) ενδομυϊκά (n=3), οποιοσδήποτε (n=3) δεν αναφέρεται (n=1)
(βιο)ηθική	Ναι n=0 όχι n = 11 (100 %)
Ανθρωπιστική πράξη	Ναι n=2 (18.18%) όχι n = 9 (81.81%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη	Ναι n= 0 όχι n = 11 (100 %)
Άνεση ασθενούς	Ναι n=3 (27.27%) όχι n = 8 (78.78%)
Ανθρωπιστική και βιοηθική πράξη και άνεση ασθενούς	Ναι n = 0
Τύπος άλγους	Οξύ κοιλιακό άλγος n= 5 Οξύ άλγος n= 2 (μαζί με κοιλιακό άλγος) Οξεία σκωληκοειδίτιδα n = 1 Κωλικός νεφρού n = 1 Οξεία παγκρεατίτιδα n = 1 Κωλικός χοληφόρων n = 1

Πίνακας 3: χαρακτηριστικά και αποτελέσματα μεταanalύσεων

Χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στις ανασκοπήσεις (n=9)	
Δημοσιεύσεις ανά Τίτλο Περιοδικού 1 (n= 7) 2 (n=1)	Ann Emerg Med, BJS, BJM, Emerg Med Clin N Am, JAMA, NEJM, Minerva Anesth Eur J Emerg Med
Πεδία ενδιαφέροντος ανά περιοδικό	Επειγοντολογία (n=4) Παθολογία (n=3) Λοιπά (n=1) χειρουργική, αναισθησιολογία
Ειδικότητα πρώτου συγγραφέα	Επειγοντολογία (n=4), χειρουργική (n=4), παθολογία (n=1),
Χώρα	ΗΠΑ (n=6), Λοιπές (n=1): Γερμανία, Ιταλία, Νορβηγία
Πλασέμπο	Ναι n= 4 (44.44%) / όχι n=5 (55.55%)
Αναλγητικό	Οπιοειδή (n=3), οπιοειδή (n=4) λιδοκαΐνη (n=1) κεταμίνη (n=1)
Οδός χορήγησης	Ενδοφλέβια (n=1), ενδοφλέβια και ενδομυϊκά (n=1) ενδομυϊκά (n=3), οποιοαδήποτε (n=6) δεν αναφέρεται (n=1)
(βιο)ηθική	Ναι n=2 (22.22%) όχι n = 7 (77.77%)
Ανθρωπιστική πράξη	Ναι n=4 (44.44%) όχι n = 5 (55.55%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη	Ναι n= 1 (11.11%) όχι n = 8 (88.88%)
Άνεση ασθενούς	Ναι n=2 (22.22%) όχι n = 7 (77.77%)
Ανθρωπιστική και βιοηθική πράξη και άνεση ασθενούς	Ναι n = 0
Τύπος άλγους	Οξύ κοιλιακό άλγος n= 7 Οξύ άλγος n= 2 (μαζί με κοιλιακό άλγος)

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά και αποτελέσματα ανασκοπήσεων

Χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στις λοιπές εργασίες (n=14)	
Δημοσιεύσεις ανά Τίτλο Περιοδικού 1 (n= 7) 2 (n=1)	Adv J Emerg Med, Am J Surg, BJM, Eur J Emerg Med, ESEM, Health Res J, IMAJ, Int J Emerg Med, Jpn J Radiol, Langenbeck's Arch Surg, Med Care, Trials SMW
Πεδία ενδιαφέροντος ανά περιοδικό	Γενική Ιατρική (n=3) χειρουργική (n=3),Επειγοντολογία (n=2) Παθολογία (n=2) Λοιπά (n=1) ακτινολογία, πρωτόκολλα κλινικών μελέτων , κλινική έρευνα
Ειδικότητα πρώτου συγγραφέα	Επειγοντολογία (n=7), χειρουργική (n=5), λοιπά(n=1): παθολογία , παιδιατρική
Τύπος μελέτης	Ερωτηματολόγια (n=5), κατευθυντήριες οδηγίες (n=3), μη προοπτικές μελέτες (n=3), πρωτόκολλα μελέτης (n=2), αλγόριθμοι προσέγγισης (n=1)
Χώρα	ΗΠΑ (n=3), Ελβετία (n=2) Λοιπές (n=1): Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο, Ελλάδα, Ιαπωνία, Ιράν, Ιρλανδία, Ισραήλ, Νιγηρία
Πλασέμπο	Ναι n= 4 (14.28%) / όχι n=10 (71.42%)
Αναλγητικό	Μορφίνη (n=1) Οπιοειδή (n=2), οποιοδήποτε (n=11)
Οδός χορήγησης	Ενδοφλέβια (n=2),, ενδοφλέβια και ενδομυϊκά (n=3) οποιοσδήποτε (n=9)
(βιο)ηθική	Ναι n=1 (7.14%) όχι n = 13 (92.85%)
Ανθρωπιστική πράξη	Ναι n=2 (14.28%) όχι n = 12 (85.71%)
Βιοηθική και ανθρωπιστική πράξη	Ναι n= 1 (7.14%) όχι n = 13 (92.85%)
Άνεση ασθενούς	Ναι n=2 (14.28%) όχι n = 7 (85.71%)
Ανθρωπιστική και βιοηθική πράξη και άνεση ασθενούς	Ναι n = 1 όχι n = 13 (92.85%)
Τύπος άλγους	Οξύ κοιλιακό άλγος n= 10 Οξύ άλγος n= 3 (μαζί με κοιλιακό άλγος) οξεία παγκρεατίτιδα (n=1)

Πίνακας 5: χαρακτηριστικά και αποτελέσματα λοιπών μελετών που συμπεριελήφθησαν στην επεξεργασία του ερωτήματος IV

I

Απαντήσεις και αφηγηματική ανάλυση διαπορητικών ερωτημάτων στους δυο άξονες νοοτροπίας

Ιατρικός Άξονας ολιγοαναλγησίας:

1^ο ερώτημα: θεωρείται η διάγνωση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό πόνο σημαντικότερη από την ανακούφιση του;

Απάντηση: ναι

Το 1979 αναγράφεται στο British Medical Journal η εξής φράση: «Ένας ασθενής σε «ανυπόφορη κατάσταση» λόγω οξέος κοιλιακού πόνου χρειάζεται επείγοντως διάγνωση πριν από οποιαδήποτε άλλη αντιμετώπιση. Το να αντιμετωπίζει [ο ιατρός το πόνο] πριν από την διάγνωση δεν είναι ανθρωπιστικό» [137]

Η πρόταση αυτή (α) συνοψίζει λακωνικά και περιεκτικά το σύγχρονο ιατρικό τρόπο σκέψης που από τις αρχές του 20^{ου} κατεύθυνε την ιατρική πράξη απέναντι στον οξύ κοιλιακό πόνο και εξακολουθεί να εφαρμόζεται, σε έναν μεγάλο βαθμό, ακόμη και σήμερα [47, 119] (β) ακυρώνει την ηθική του πόνου, αποκαλύπτοντας πως η ιατρική στηρίζεται σε ένα ορθολογικό σκεπτικό, που λειτουργεί ανεξάρτητα από την βιοηθική και στο οποίο προτεραιότητα έχει η διάγνωση και όχι ο πόνος τους ασθενούς, θεμελιώνοντας και εξηγώντας την εργαλειοποίηση του πόνου (γ) αποδέχεται την ολιγοαναλγησία χωρίς ενδοιασμούς, επειδή το επιβάλλει η σύγχρονη ιατρική σκέψη [129]. Οι ρίζες αυτού του επιχειρήματος βρίσκονται ιστορικά στην οργάνωση της ιατρικής σε ένα σύστημα γνώσης των νοσημάτων, στην ίδρυση των πρώτων δομών νοσηλείας υπό την έννοια των κλινικών μέσα σε νοσοκομεία που αντιμετώπιζαν ασθένειες με σκοπό την διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς επίσης και την θεσμοθέτηση της ιατρικής εκπαίδευσης με την δημιουργία των αντίστοιχων τμημάτων - σχολών ιατρικής στα πανεπιστήμια [21, 22]. Μέχρι την εποχή του ευρωπαϊκού Διαφωτισμού δεν υπήρχαν ιατρικές σχολές, η κατηγοριοποίηση των παθήσεων ήταν στην καλύτερη περίπτωση στα πρώτα της βήματα και τελείως απλοϊκή με τα σημερινά δεδομένα, οι δε βασικές παθοφυσιολογικές γνώσεις παρέμεναν αποσπασματικές και ελλιπείς [21]. Η ιατρική ήταν (και είναι) ένα εμπειρικό επάγγελμα [15]. Το πρωταρχικό μέλημα των πρώτων ιατρών αφορούσε στην ανακούφιση από τον πόνο, το ορατό και έκδηλο σημείο των νοσημάτων που παρέμεναν άγνωστα ουσιαστικά στους πρώτους γιατρούς και θα

χρειαζόταν να περάσουν αιώνες για να διευκρινιστούν [22, 33, 34, 63]. Με τον εξορθολογισμό της ιατρικής πράξης σε μια υποχρεωτική διαδικασία διάγνωσης των παθήσεων και την παρατήρηση ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα μιας κάκωσης ή και βλάβης ενός οργάνου [65], επήλθε η σκέψη ότι η αποτελεσματική ύφεση του πόνου θα επιτευχθεί μόνο με την θεραπεία της διαγνωσθείσας πάθησης. Η διάγνωση μεταμορφώθηκε στο πρωταρχικό μέλημα του ιατρού [86]. Ο γιατρός άρχισε να αποκτά μια διαφορετική στάση απέναντι στον πόνο του ασθενούς, γιατί ο νέος «επιστημονικός» κανόνας της ιατρικής επέβαλε μια τελείως διαφορετική προσέγγιση, αυτή της διαγνωστικής αποσαφήνισης των συμπτωμάτων του ασθενούς [21, 22, 29]. Ο πόνος έγινε σύμπτωμα μιας νόσου που έπρεπε να διαγνωστεί [24]. Καλός και σύμφωνος με τους κανόνες της επιστήμης ήταν πια ο γιατρός που μπορούσε να κατατάξει τα συμπτώματα σε μια από τις κατηγοριοποιημένες οργανικές παθήσεις για να τις θεραπεύσει κατάλληλα και όχι αυτός που ανακούφιζε τον ασθενή χωρίς να γνωρίζει από τι πάσχει [19]. Στο επίκεντρο της πράξης είναι πια η διάγνωση και όχι ο πόνος [104]. Η συνεχής πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής σε τεχνολογικό, ερευνητικό και βιοστατιστικό επίπεδο, αντανakλά την ιστορία της αγωνίας του γιατρού για τη διάγνωση και τη θεραπεία των νοσημάτων, απομακρύνοντας τον από την έγνοια που είχαν οι πρώτοι γιατροί για την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Πια ο πόνος υποδηλώνει κυρίως μια ασθένεια, συμβάλλει στην «αποκάλυψη της» και η μέριμνα του ιατρού είναι να τον χρησιμοποιεί - εργαλειοποιεί για να οδηγηθεί στην διάγνωση. Ο γιατρός εκπαιδεύεται για να διερευνά πολύ περισσότερο γιατί πονάει ο ασθενής, τί έχει, από τι πάσχει, ποιο όργανο έχει βλαφτεί, και όχι αν και κατά πόσο είναι ανυπόφορο αυτό το βίωμα για τον ασθενή [36, 39]. Η σκέψη του είναι έξω από τα σύνορα που περιχαράκωναν την πάλαι ποτέ ηθική αντιμετώπιση του πόνου στην ιατρική, - όπως δηλαδή την αντιλαμβάνονταν οι πρώτοι ιατροί, για τους οποίους η ανακούφιση του ασθενούς ήταν πρωταρχικό μέλημα - πριν από το μεταρρύθμιση της σε εμπειρική επιστήμη [22]. Η διάγνωση γίνεται (αυτο)σκοπός και ο πόνος μεταφέρεται στην παραμεθόριο της ηθικής [20].

2^ο ερώτημα: Εκμεταλλεύεται ο γιατρός τον οξύ κοιλιακό πόνο, ως μέσο, για να οδηγηθεί στην διάγνωση αποφεύγοντας την χορήγηση αναλγητικών ;

Απάντηση: ναι

Η διάγνωση μιας νόσου στηρίζεται σε κλινικά σημεία και συμπτώματα και τεκμηριώνεται στη σημερινή εποχή από εργαστηριακές, απεικονιστικές και ιστοπαθολογοανατομικές εξετάσεις [2, 3]. Τα ζωτικά σημεία προσδιορίζουν την βαρύτητα της κατάστασης και δεν σχετίζονται άμεσα με την διάγνωση [138]. Σε αυτά συγκαταλέχθηκε και ο πόνος πολύ αργοπορημένα το 1995, σηματοδοτώντας μια προσπάθεια επαναπροσέγγισης της σημασίας που πρέπει να αποκτήσει για τον κλινικό γιατρό ο πόνος [41]. Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα μαζί με την κλινική εξέταση και το ιστορικό καθοδηγούν το γιατρό στη σωστή διάγνωση στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων [3]. Όσο υπάρχουν τα συμπτώματα άλλο τόσο μπορεί ο ιατρός να τα αξιοποιήσει για να καταλάβει ποιο όργανο πάσχει, τι έχει ο άρρωστος, ποια είναι η διάγνωση του [22, 135]. Ό,τι εκφράζει σωματικά και λεκτικά ο ασθενής διευκολύνει τον γιατρό να καταλάβει ποια είναι η νόσος του, για ποιο λόγο πονάει [21, 22, 34]. Ο πόνος όπως διδάσκεται στις ιατρικές σχολές εξορθολογίζεται -χάριν του - και μέσα από το γνωστικό σύστημα των παθήσεων σε ένα σύμπτωμα όπως όλα τα άλλα [12, 22]. Ο γιατρός σταματά από τα πρώτα του χρόνια στο πανεπιστήμιο να αντιλαμβάνεται τον πόνο ως ζωτικό σημείο που δηλώνει μια ανυπόφορη κατάσταση και δυσβάσταχτο βίωμα ενός ανθρώπου που ασθενεί. Αντί αυτού θεωρεί τον πόνο ως ένα από τα συμπτώματα που τον προσανατολίζει προς την ασθένεια. Ο ιατρός πια μαθαίνει να έχει ανάγκη κάθε τι που εκφράζεται ως σύμπτωμα και κλινικό σημείο, κυρίως όμως τον πόνο, για να περάσει από την υπόνοια μιας νόσου στη διάγνωση της [64]. Ο πόνος μεταμορφώνεται σε εργαλείο διάγνωσης, όπως η ναυτία, ο εμετός, ο ίκτερος, η ζάλη, ο ίλιγγος, οι μέλαινες, οι σπασμοί. Αυτή η εκμετάλλευση του πόνου που περιφρουρεί - και περιφουρείται συνεχώς από - τη διαγνωστική διαδικασία, η μετάλλαξη του σε μέσο διάγνωσης, είναι αναμενόμενη και σε ένα βαθμό δικαιολογημένη για εκείνες τις εποχές του πρώιμου 20^{ου} αιώνα που δεν υπήρχαν παρακλινικές απεικονιστικές εξετάσεις [82, 116]. Είναι το τίμημα που πλήρωσε και συνεχίζει να πληρώνει ο ασθενής στους σύγχρονους καιρούς, καθώς συνεχίζει να πονάει μέχρι να διαγνωστεί η πάθηση του.

3^ο ερώτημα: Αναβάλλεται η ανακούφιση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό πόνο μέχρι να έχει αποσαφηνιστεί η διάγνωση;

Απάντηση: ναι

Ο ιατρός απέναντι στον ασθενή έμαθε να συλλέγει πληροφορίες, να τις αξιολογεί, να τις εκμεταλλεύεται και να στηρίζεται πάνω σε αυτές για να διαγνώσει μια πάθηση [139]. Ο πόνος είναι μια από αυτές τις πληροφορίες. Η γεωγραφία του σώματος με τις παθήσεις που κρύβει αφορίζεται από τον πόνο. Εκεί που υπάρχει πόνος κρύβεται μια ασθένεια που πρέπει να αποκαλύψει ο ιατρός [21]. Όσο υπάρχει ο πόνος τόσο ο ιατρός θεωρεί ότι πλοηγείται προς την πάσχουσα περιοχή που κρύβει το όργανο που έχει υποστεί μια βλάβη. Αυτή εκφράζεται και αποκαλύπτεται με τον πόνο. Ο χαρακτήρας, η σημειολογία και η τοπογραφία κατανομής του πόνου είναι διαγνωστικά οδηγά σημεία προσανατολισμού στη γεωγραφία του σώματος και τις κρυμμένες από αυτό κατηγορίες παθήσεων των οργάνων [64]. Όταν σταματήσει ο πόνος τότε ο ιατρός είναι σε ένα διαγνωστικό σκοτάδι, σε ένα τυφλό σημείο της διαδικασίας της διαγνωστικής προσέγγισης [140]. Αυτός είναι ο λόγος που ο ιατρός εγκατάλειψε την ηθική σκέψη για την πρόωπη ανακούφιση του ασθενούς, αναβάλλοντας την χορήγηση των αναλγητικών μέχρι να αποκαλύψει - διαγνώσει την νόσο περνώντας στην ολιγοαναλγησία, που θεωρεί μια αναπόσπαστη και ασφαλή διαδικασία, για το καλό και το όφελος του ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος [141]. Στο δρόμο προς την διάγνωση ο πόνος γίνεται ένα μέσο, εργαλειοποιείται και χρησιμοποιείται μαζί με οποιαδήποτε άλλη πληροφορία κατά την κλινική εξέταση και από το ιστορικό, για να αναδυθεί η ασθένεια. Ο ιατρός αρχίζει να συνηθίζει στο θέαμα ενός ασθενούς, που πονάει [142]. Αρχικά μέσα από την εκπαίδευση του και στη συνέχεια κατά την άσκηση της ιατρικής, μαθαίνει να λησμονεί ότι ο πόνος αποτελεί δυσβάσταχτο βίωμα ενός ανθρώπου που έχει απέναντί του [143]. Επιδιώκει τη διάγνωση για να θεραπεύσει τη νόσο με κάθε τρόπο. Φοβάται ή πιστεύει πως θα παραπλανηθεί εάν καταπραυνθεί ο οξύς πόνος με την προδιαγνωστική χορήγηση αναλγητικών, είτε επειδή θα εφησυχαστεί, αφού μπορεί να θεωρήσει ότι ο ασθενής βελτιώθηκε και δεν έχει κάποια οργανική πάθηση, είτε επειδή θα καθυστερήσει τη διάγνωση, όταν πια θα είναι πολύ αργά για οποιαδήποτε αποτελεσματική θεραπευτικής παρέμβαση, με τον ασθενή να έχει επιδεινωθεί και μεταπέσει σε μη αναστρέψιμη κατάσταση [98, 144]. Το παράδοξο αυτής της κατά τα άλλα λογικής σκέψης που γεννήθηκε σε μια εποχή που δεν υπήρχε κανένα άλλο βοήθημα για τον γιατρό εκτός από την κλινική εξέταση, το ιστορικό και το γνωσιακό σύστημα της νοσολογίας [116], είναι ότι αυτή η συγκεκριμένη τακτική, αυτό το σκεπτικό της ολιγοαναλγησίας συνεχίζεται, εδώ και διακόσια χρόνια, παρά του ό,τι οι γιατροί έχουν στη διάθεση τους όλα τα διαγνωστικά απεικονιστικά μέσα, όπως το υπερηχοτομογράφημα και την αξονική τομογραφία, καθώς επίσης και τις

εργαστηριακές αιματολογικές εξετάσεις που διευκολύνουν την διάγνωση με ταχύ και αποτελεσματικό τρόπο [82, 108]. Η αναβολή ή καθυστέρηση της ανακούφισης του ασθενούς που πονάει για διαγνωστικούς λόγους παγιώθηκε ως μια αντίληψη που συνεχίζει και σήμερα να είναι κομμάτι της ιατρικής πρακτικής [47, 119]. Ορίζεται ως εργαλειοποίηση του πόνου, η οποία είναι καθοριστική για την απόσταση που παίρνει η ιατρική από την ηθική του πόνου δημιουργώντας ένα ηθικό κενό ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό.

4^ο ερώτημα: Είναι διαδεδομένη η διδαχή ότι η ανακούφιση ασθενών με οξύ κοιλιακό πόνο ενέχει τον κίνδυνο της εσφαλμένης ή καθυστερημένης διάγνωσης λόγω συγκάλυψης της κλινικής εικόνα από τα αναλγητικά;

Απάντηση: ναι

«Αν και άκαρδο είναι ωστόσο σώφρων να μην χορηγείται μορφίνη για την ανακούφιση του ασθενούς από το κοιλιακό άλγος μέχρι να εξασφαλιστεί η διάγνωση. Αν χορηγηθεί στον ασθενή μορφίνη υπάρχει μεγάλη πιθανότητα [ο ασθενής] να αποβιώσει ευτυχισμένος μέσα στην πλάνη ότι βρίσκεται στο δρόμο της ανάρρωσης, και με τον γιατρό δίπλα του να πιστεύει για ένα διάστημα ακριβώς το ίδιο» Zachary Cope “Early diagnosis of the acute abdomen” Oxford Medical Press, London; 1921; p4 [40]

Η φράση αυτή είναι διατυπωμένη στο μοναδικό και αξεπέραστο στο είδος του εγχειρίδιο αναφοράς για την οξεία κοιλία, που περιγράφει αναλυτικά την μεθοδολογία διάγνωσης σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, σε καιρούς που ο γιατρός δεν είχε καμία τεχνολογική και παρακλινική στήριξη ή άλλο βοήθημα στη διαδικασία της διάγνωσης, όπως το υπερηχογράφημα και τον αξονικό τομογράφο [82]. Το βιβλίο του Cope πρωτοδημοσιεύτηκε το 1921, διανύει σήμερα την 22^η έκδοση [64] και μέσα στα εκατό χρόνια επαναστατικών αλλαγών που γνώρισε η ιατρική σε όλα τα επίπεδα της, δεν έχει χάσει σε τίποτε από την αξία της γνώσης που μεταφέρει με πολύ πρακτικό τρόπο στο κλινικό ιατρό [145]. Η λέξη κλειδί που ενδεχομένως να περνάει απαρατήρητη στο τίτλο του βιβλίου είναι «πρώιμη». Δηλώνει ότι ο γιατρός πρέπει να αξιοποιήσει όλη την συστηματικοποιημένη γνώση που απέκτησε από την εκπαίδευση του στην ιατρική σχολή και στην ειδικότητα για να διαγνώσει πρώιμα, δηλαδή όσο πιο έγκαιρα, όσο πιο γρήγορα, όσο πιο νωρίς γίνεται την κοιλιακή πάθηση, που προκαλεί τον πόνο στον ασθενή. Το βάρος και η προτεραιότητα της προσπάθειας του ιατρού μετατοπίζεται στην πρώιμη διάγνωση της νόσου και όχι στην πρώιμη ανακούφιση του ασθενούς με

οξύ κοιλιακό πόνο. Την εποχή που γράφηκε το βιβλίο, το οποίο αποθησαυρίζει με αξιοθαύμαστο και ανεπανάληπτο τρόπο όλη την γνώση που είχε συσσωρευτεί από τους προηγούμενους αιώνες πάνω στην κατηγοριοποίηση των παθήσεων της κοιλίας και τον τρόπο διάγνωσης τους, είχαν ήδη ιδρυθεί οι τρεις περίβλεπτες χειρουργικές εταιρείες με παγκόσμια ακτινοβολία: το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών, η Γερμανική Χειρουργική Εταιρεία και το Βασιλικό Κολέγιο Χειρουργών της Αγγλίας [146]. Η ιατρική κοινότητα διεθνοποιείται, η ιατρική γνώση μεταφέρεται σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη και αυτό εξηγεί το παγκόσμιο αντίκτυπο αυτού του συγγράμματος, αλλά και την ταχύτατη μετάδοση αυτής της άποψης και την καθιέρωση της στους γιατρούς όλου του κόσμου. Η αποφυγή της χορήγησης των αναλγητικών πριν από την διάγνωση σε ασθενή με οξύ κοιλικό πόνο γίνεται κοινή πρακτική. Η εργαλειοποίηση του πόνου έχει το δικό της ευαγγέλιο που είναι ένα από τα πιο διαβασμένα συγγράμματα στην ιατρική, αυτό της πρώιμης διάγνωσης τους οξέος κοιλιακού άλγους του Core [145]. Το δόγμα για την αποφυγή της αναλγησίας σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, το δόγμα της ολιγοαναλγησίας, έχει πάρει το δρόμο της καθιέρωσης του [94, 101]. Στηρίζεται σε μια φράση από ένα βιβλίο χωρίς όμως καμία επιστημονική τεκμηρίωση από αντίστοιχες προοπτικές κλινικές μελέτες [147] που κόβει τον ομφάλιο λώρο που συνέδεε από τους αρχαίους χρόνους τον γιατρό με την ηθική υποχρέωση να καταπραΰνει τον πόνο ενός ασθενούς που υποφέρει [148]. Για παραπάνω από πενήντα χρόνια το δόγμα αυτό παρέμεινε στο θρόνο της ιατρικής διδασκαλίας και της καθημερινής πράξης χωρίς κανένα αντίλογο, χωρίς καμία αμφισβήτηση ηθική ή επιστημονική [109]. Το 1979 για πρώτη φορά επισημαίνεται σε ένα άρθρο σύνταξης του British Medical Journal που μετά βίας καταλαμβάνει μια σελίδα ότι αυτή η «εργαλειοποίηση του πόνου» που οδηγεί στην ολιγοαναλγησία θα πρέπει να επαναθεωρηθεί, γιατί είναι ατεκμηρίωτη και χωρίς ηθική, η οποία θυσιάστηκε στο βωμό της ορθολογικής ιατρικής σκέψης [147]. Παρόλα αυτά το δόγμα της αποφυγής της αναλγησίας σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό πόνο, εξακολουθεί να βασιλεύει μέχρι σήμερα τόσο στην βιβλιογραφία [47, 119], όσο και σύμφωνα με την προσωπική μου εμπειρία ως χειρουργός σε νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ολοένα και πάλι μέσα από κάθε εκπαιδευτικό κύκλο νέων ειδικευόμενων γιατρών, αλλά και από συζητήσεις με ειδικούς κατά τη διάρκεια διακλινικών εκτιμήσεων των ασθενών, τόσο στο πρόσφατο παρελθόν όσο και τώρα κατά τη διάρκεια της συγγραφής αυτής της θέσης, γίνεται φανερό ότι η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί ακόμη αυτονόητη και σωστή τη διδαχή από το πανεπιστήμιο σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται η αναλγησία σε αδιάγνωστο

ασθενή, λόγω του κινδύνου συγκάλυψης της κλινικής εικόνας και διακύβευσης της έγκαιρης και σωστής διάγνωσης.

Ηθικός άξονας άμεσης ανακούφισης – προτεραιοποίησης του πόνου

1^ο ερώτημα: Είναι η ανακούφιση του ασθενούς με οξύ κοιλιακό πόνο ηθική προτεραιότητα και ανθρώπινη υποχρέωση του ιατρού;

Απάντηση: ναι (βιοηθική αρχή της ωφέλειας)

Τα πρώτα διασωσμένα ιατρικά συγγράμματα μαζί με τη προστακτική του Ιπποκράτη «να ανακουφίζεις αυτούς που υποφέρουν» [19] αποτελούν γραπτές μαρτυρίες μιας πρακτικής των πρώτων γιατρών που στηρίζονταν στην σαφή οδηγία να ελαττωθεί αν όχι να υποχωρήσει τελείως ο πόνος του ασθενούς, γιατί αυτό ωφελεί όχι μόνο τον ασθενή, αλλά αποτελεί και ηθική υποχρέωση του γιατρού [65]. Ο πόνος είναι το πιο αρχέγονο κλινικό σημείο και σύμπτωμα με το οποίο ήρθε αντιμέτωπος ο γιατρός στην αρχαιότητα [149], σημαίνοντας σε αυτόν ότι ο (συν)άνθρωπος που πονάει δεν είχε πια «σθένος». Ένωσε τον πρώτο γιατρό και τον ασθενή του με τον ομφάλιο λώρο της υποχρέωσης του να καταβάλει κάθε προσπάθεια για να απαλυνθεί ο πόνος [12 – 14]. Η ηθική του πόνου γεννήθηκε μέσα από τη σχέση του πρώτου γιατρού με τον ασθενή του. Η ανακούφιση από τον πόνο ήταν το πρωταρχικό μέλημα των γιατρών από τις αρχές της ιατρικής μέχρι την εποχή του Διαφωτισμού [22, 150]. Καλός ιατρός ήταν αυτός που ανακούφιζε τον ασθενή του άμεσα και αποτελεσματικά και αυτή η θεώρηση δεν πρέπει να χάσει την ισχύ της και στη σύγχρονη εποχή, ανεξάρτητα από την πρόοδο της ιατρικής και τις αλλαγές που υπέστη η σχέση «γιατρού ασθενούς» από κοινωνιολογικές επιρροές και ιατρονομικής φύσεως επιδράσεις [151], διότι η «άμεση (προδιαγνωστική) ανακούφιση από τον οξύ – ανυπόφορο κοιλιακό πόνο είναι πράξη ανθρωπισμού» [147], αποτελώντας τον ηθικό πυρήνα της ιατρικής και την απόλυτη προτεραιότητα του γιατρού [152]. Συγχρόνως, η ανακούφιση των ασθενών με την πρώιμη αναλγησία διευκολύνει την κλινική τους εξέταση [112], ενώ παράλληλα προσφέρει «μετρήσιμα» οφέλη για τον ασθενή όπως είναι η βελτίωση της κατάστασης του, που αντανακλάται στην κλίμακα του πόνου [152], καθώς επίσης και η μείωση της νοσηρότητας μέσα από την αποφυγή της επιδείνωσης χρόνιων νοσημάτων [72].

2^ο ερώτημα: Είναι επιβλαβές για τον ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος το να προηγείται η ανακούφιση του πριν από τη διάγνωση; (μη βλάπτειν)

Απάντηση: όχι (βιοηθική αρχή αβλάβειας – μη βλάβης)

Στο προαναφερόμενο άρθρο του British Medical Journal που αμφισβήτησε το δόγμα της ολιγοαναλγησίας επισημαίνεται επίσης ότι «το λιγότερο που μπορεί να σκεφτεί κάποιος για την πρώιμη αναλγησία στην οξεία κοιλία είναι να τη θεωρήσει επιβλαβή επειδή καθυστερεί την κατοχύρωση της διάγνωσης» [147]. Το άρθρο αυτό ορόσημο για την ηθική του πόνου σε ασθενείς με οξεία κοιλία δημοσιεύτηκε την ίδια χρονιά με το βιβλίο των Beauchamp και Childress για τη βιοηθική [53] και πυροδότησε μια τεράστια συζήτηση [137, 141, 154 - 157], αποτελώντας την αφορμή για την εκτέλεση των πρώτων τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών [74, 82, 83, 86, 88, 90, 94, 98, 99, 100, 102,] που πρόσφεραν ενδείξεις για την ασφάλεια και το όφελος της άμεσης αναλγησίας σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος, τεκμηριώνοντας ότι η άμεση ανακούφιση των ασθενών με οξεία κοιλία δεν συγκαλύπτει την κλινική εικόνα και δεν καθυστερεί την διάγνωση.

3^ο ερώτημα: είναι δείγμα σεβασμού απέναντι στον ασθενή και τα δικαιώματά του η προδιαγνωστική χορήγηση αναλγησίας όταν παρουσιάζει οξύ κοιλιακό άλγος;

Απάντηση; Ναι (αρχή της αυτονομίας)

Ακόμα και σήμερα «οι ιατροί στα επείγοντα βρίσκονται στην δυσβάσταχτη θέση να μην μπορούν να ανταποκριθούν στην εμφανή ανάγκη να ανακουφίσουν ένα ασθενή με αδιάγνωστο ανυπόφορο οξύ κοιλιακό άλγος επειδή φοβούνται ότι ο υπεύθυνος χειρουργός θα παραπλανηθεί στη εκτίμηση εκείνων των σημείων και συμπτωμάτων που είναι καθοριστικά για την σωστή διάγνωση και χειρουργική θεραπεία του ασθενούς» [140]. Το δίλημμα αυτό δεν υφίσταται αν ληφθεί υπόψη ο ίδιος ο ασθενής, οι ανάγκες και οι επιθυμίες που τον αυτοπροσδιορίζουν (βιοηθική αρχή της αυτονομίας) και όχι οι ενδοιασμοί του χειρουργού [25]. Η χορήγηση αναλγησίας πριν από τη διάγνωση ενός ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος αποτελεί ανθρωπιστική πράξη και ηθική υποχρέωση του γιατρού όπως έχει αναπτυχθεί στην αφηγηματική ανάλυση των δυο αρχών της ωφέλειας και της αβλάβειας [12 - 14]. Η άμεση ανακούφιση του ασθενούς μπορεί (ή πρέπει) να αναβληθεί μόνο στην σπάνια εκείνη περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής την αρνείται για δικούς του λόγους.

4^ο ερώτημα: Πρέπει όλοι οι ασθενείς να ανακουφίζονται από τον οξύ κοιλιακό πόνο

Απάντηση; Ναι (αρχή της δικαιοσύνης)

Όσο εξατομικευμένη και αν πρέπει να είναι η προσέγγιση σε ένα ασθενή με οξύ κοιλιακό άλγος, ο πόνος έχει ένα απόλυτο και καθολικό στοιχείο [12, 35], αφορά όλους τους ασθενείς ως βίωμα και ωδίνη, και ως εκ τούτου όλοι οι ασθενείς πρέπει να έχουν την ίδια αντιμετώπιση και δυνατότητα πρόσβασης στην ανακούφιση από τον πόνο με βάση την βιοηθική αρχή της δικαιοσύνης [126]. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, μεταanalύσεις και ανασκοπήσεις στηρίζουν σήμερα την καθολικότητα αυτού του κανόνα [136]. Η αντιμετώπιση του πόνου έχει απόλυτη προτεραιότητα και αφορά σε όλους τους ασθενείς με οξεία κοιλία.

II

Ερώτημα: Τεκμηριώνεται επιστημονικά η ολιγοαναλγησία σε σύγκριση με την άμεση ανακούφιση σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος

Απάντηση: όχι

Η ολιγοαναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία που αποσκοπεί στην αποφυγή χορήγησης αναλγητικών για να μην συγκαλυφτεί η κλινική εικόνα και διακυβευτεί η σωστή διάγνωση δεν αποδείχτηκε ότι προστατεύει και οφελεί τους ασθενείς περισσότερο από ό,τι η άμεση ανακούφιση, η οποία σύμφωνα με τις τυχαιοποιημένες προοπτικές μελέτες [70 102], τις μεταanalύσεις [103 – 113] και τις ανασκοπήσεις [114 - 122] είναι ασφαλής και επωφελής. Ως εκ τούτου η ολιγοαναλγησία δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι επιστημονικά τεκμηριωμένος συλλογισμός και σωστή πράξη σε σύγκριση με την άμεση χορήγηση αναλγητικών στην οξεία κοιλία. (Πίνακας 6)

Τύπος μελέτης	Άξονας νοοτροπίας	Μείωση του πόνου	Διακύβευση διάγνωσης	Ασφαλής	Επιβλαβής
Προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες (n=33)	προτεραιοποίηση	Ναι = 33	Καμία Διαφορά	Καμία διαφορά	Όχι = 33
	εργαλειοποίηση	Ναι = 0			Ναι = 33
Ανασκοπήσεις (n=9)	προτεραιοποίηση	Ναι = 9	Καμία διαφορά	Καμία Διαφορά	Όχι = 9
	εργαλειοποίηση	Ναι = 0			Ναι = 9
Μεταanalύσεις (n= 11)	προτεραιοποίηση	Ναι = 11	Καμία διαφορά	Καμία διαφορά	Όχι 11
	εργαλειοποίηση	Ναι = 0			Ναι = 11
Σύνολο n = 53		53	35	53	53

Πίνακας 6 επιστημονικές ενδείξεις για την ασφάλεια και το όφελος της άμεσης αναλγησίας (= προτεραιοποίηση πόνου) από συγκριτικές μελέτες σε ασθενείς με ολιγοαναλγησία (εργαλειοποίηση πόνου) και ασθενείς με άμεση ανακούφιση (προτεραιοποίηση πόνου)

III

(α) Είναι ηθική πράξη η ολιγοαναλγησία σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος;

Απάντηση: όχι

Αιτιολόγηση: (α) Αντιβαίνει στις τέσσερεις βιοηθικές αρχές και στην ηθική υποχρέωση άμεσης ανακούφισης του ασθενούς από τον πόνο (β) είναι επιστημονικά ατεκμηρίωτη [116, 158].

(β) τεκμηριώνεται επιστημονικά η άμεση ανακούφιση σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος;

Απάντηση: ναι

Οι 54 μελέτες [70 - 122] που συνέκριναν την ολιγοαναλγησία με την άμεση ανακούφιση, τεκμηρίωσαν την ασφάλεια και το όφελος από την προδιαγνωστική άμεση αναλγησία, αφού δεν διαπιστώθηκε αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας από εσφαλμένη διάγνωση σε ασθενείς με οξεία κοιλία που έλαβαν άμεσα αναλγητικά.

IV

Ενύπαρξη ηθικού κινήτρου στο σύνολο των μελετών που αναλύθηκαν

Η ηθική του πόνου υπογραμμίστηκε σε 9 (13.47%) [70, 72, 81, 82, 101, 102, 115, 116, 136] (Πίνακας 9) από τις 67 μελέτες της βιβλιογραφίας για την αναζήτηση του ηθικού κινήτρου [70 – 136], σε 8 (15.09%) [70, 72, 81, 83, 101, 102, 115, 116] από τις 53 μελέτες της επιστημονικής τεκμηρίωσης (Πίνακας 7) και σε 1 (7.14%) [136] από τις 14 μελέτες που δεν συμπεριελήφθησαν στην βιβλιογραφία επιστημονικής τεκμηρίωσης [123-136] (Πίνακας 8). Αναλυτικά τα αποτελέσματα αναγράφονται στους Πίνακες 7, 8 και 9 οι οποίοι είναι ομαδοποιημένοι ανάλογα με το τύπο της μελέτης.

Μελέτες n=53	Αναφορές στην ηθική και ανθρωπιστική αξία της πρώιμης αναλγησίας και της δημιουργίας άνεσης του ασθενούς στις μελέτες									
Τύπος μελέτης	(βιο)ηθική		Ανθρωπισμός		Ηθική και ανθρωπισμός		άνεση		Ηθική και ανθρωπισμός και άνεση	
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Τυχαιοποιημένες Προοπτικές μελέτες (n=33)	6	27	7	26	2	31	10	23	0	33
Μεταanalύσεις (n=11)	0	11	2	9	0	11	3	8	0	11
Ανασκοπήσεις (n=9)	2	7	4	5	1	8	2	7	0	9
Σύνολο (n=53)	8 (15.09%)	45 (84.9%)	13 (24.52%)	40 (75.47)	3 (5.66%)	50 (94.33%)	15 (28.3%)	38 (71.69%)	1 (1.88%)	52 (98.11%)

Πίνακας 7: ενύπαρξη βιοηθικού κινήτρου στις μελέτες επιστημονικής τεκμηρίωσης της άμεσης ανακούφισης

Μελέτες n=14	Αναφορές στην ηθική και ανθρωπιστική αξία της πρώιμης αναλγησίας και της δημιουργίας άνεσης του ασθενούς στις μελέτες									
Τύπος μελέτης	(βιο)ηθική		Ανθρωπισμός		Ηθική και ανθρωπισμός		άνεση		Ηθική και ανθρωπισμός και άνεση	
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Ερωτηματολόγια (n=5)	0	5	1	4	0	5	1	4	0	5
Κατευθυντήριες οδηγίες (n=3)	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Μη προοπτικές μελέτες (n=3)	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3
Πρωτόκολλα μελέτης (n=2)	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
Αλγόριθμοι προσέγγισης (n=1)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Σύνολο (n=14)	1 (7.14%)	13 (92.85%)	2 (14.28%)	12 (85.71%)	1 (7.14%)	13 (92.85%)	2 (14.28%)	12 (85.71%)	1 (7.14%)	13 (92.85%)

Πίνακας 8: ενύπαρξη ηθικού κινήτρου στις εργασίες που δεν είχαν προοπτικό σχεδιασμό

Μελέτες n=67	Αναφορές στην ηθική και ανθρωπιστική αξία της πρώιμης αναλγησίας και της δημιουργίας άνεσης του ασθενούς στις μελέτες									
Τύπος μελέτης	(βιο)ηθική		Ανθρωπισμός		Ηθική και ανθρωπισμός		άνεση		Ηθική και ανθρωπισμός και άνεση	
	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι	ναι	όχι
Τυχαιοποιημένες Προοπτικές μελέτες (n=33)	6	27	7	26	2	31	10	23	0	33
Μεταanalύσεις (n=11)	0	11	2	9	0	11	3	8	0	11
Ανασκοπήσεις (n=9)	2	7	4	5	1	8	2	7	0	9
Ερωτηματολόγια (n=5)	0	5	1	4	0	5	1	4	0	
Κατευθυντήριες οδηγίες (n=3)	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Μη προοπτικές μελέτες (n=3)	0	3	0	3	0	3	0	3	0	3
Πρωτόκολλα μελέτης (n=2)	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
Αλγόριθμοι προσέγγισης (n=1)	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Σύνολο (n=67)	9 (13.43%)	58 (86.56%)	15 (22.38%)	52 (77.61%)	4 (5.97%)	63 (94.02%)	17 (25.37%)	50 (74.62%)	1 (1.49%)	66 (98.5%)

Πίνακας 9: ενόπαρξη ηθικών κινήτρων στις μελέτες που συμπεριελήφθησαν (δες διάγραμμα Prisma

Συζήτηση

Η εργασία αυτή κατέδειξε ότι (α) η αποφυγή της άμεσης χορήγησης αναλγητικών (ολιγοαναλγησία) για την ανακούφιση ασθενών με οξεία κοιλία, μέχρι να εξασφαλιστεί η διάγνωση, είναι μη ηθική και επιστημονικά μη τεκμηριωμένη ιατρική πράξη (διάγραμμα 2, πίνακας 6) (β) οι τέσσερις βιοηθικές αρχές αποτελούν το ηθικό πλαίσιο που εξηγεί και στηρίζει την καθολικότητα και υποχρεωτικότητα, το ηθικό δηλαδή κίνητρο της άμεσης χορήγησης των αναλγητικών για την ανακούφιση ασθενών με οξεία κοιλία, ακόμα και αν δεν έχει κατοχυρωθεί η διάγνωση (διάγραμμα 2, Πίνακας 6) (γ) όταν η αντιμετώπιση του πόνου δεν στηρίζεται στις αρχές της βιοηθικής, τότε δημιουργείται ένα ηθικό κενό στη σχέση ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό (διάγραμμα 2) (δ) η βιβλιογραφία επιστημονικής και ηθικής τεκμηρίωσης της άμεσης ανακούφισης σε σύγκριση με την αποφυγή χορήγησης των αναλγητικών κατέρριψε το δόγμα της ολιγοαναλγησίας και απέδειξε ότι προτεραιοποίηση του πόνου με την άμεση χορήγηση αναλγητικών είναι ασφαλής και ηθική πράξη [70 – 122] (ε) τη σύζευξη, μέσα από την έννοια του ηθικού κινήτρου, ανάμεσα στην βιοηθική και την ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις, όσον αφορά στην αναλγησία ασθενών με οξεία κοιλία, (διάγραμμα 2) (στ) η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών [70 – 136] που πραγματεύονται την αναλγησία σε ασθενείς με οξεία κοιλία δεν αναφέρει αυτό το ηθικό κίνητρο, αποκαλύπτοντας ένα χάσμα ανάμεσα στην βιβλιογραφία της αναλγησίας και τις τέσσερις αρχές της βιοηθικής, το οποίο ορίστηκε ως ηθικό κενό στη βιβλιογραφία (ζ) η βιοηθική και η ιατρική ακολουθούν ξεχωριστούς δρόμους και τροχιές όχι μόνο στην ιατρική πράξη, αλλά και στην ιατρική βιβλιογραφία και τέλος (ι) είναι επιτακτική ανάγκη η βιοηθική να βρει το δρόμο της προς τη κλινική καθημερινότητα και τη ιατρική βιβλιογραφία για να πλαισιώσει εκείνα τα ζητήματα, που διερευνώνται αποκλειστικά και μόνο από μια ιατροκοιμημένη οπτική γωνία.

Τα δυο ηθικά κενά που προσδιορίστηκαν, αναδύονται όταν η ιατρική πράξη ή η ιατρική βιβλιογραφία ακολουθούν μια τελείως αυτόνομη τροχιά χωρίς καμία διασύνδεση ή αλληλοεπίδραση με τη βιοηθική των τεσσάρων αξιωματικών αρχών της, κάτι που έχει τεράστιο αντίκτυπο και ιδιαίτερη σημασία στο αντιμετώπιση του πόνου στην καθημερινή πράξη [12 - 14, 25, 35]. Το ηθικό κενό στη σχέση ασθενούς – γιατρού δημιουργείται αναπόφευκτα όταν ο γιατρός προσεγγίζει τον άρρωστο διαγνωστικά και δεν τον ανακουφίζει άμεσα στο ΤΕΠ, επειδή φοβάται ότι με την αναλγησία θα συγκαλυφτεί η κλινική εικόνα και θα οδηγηθεί σε λάθος ή καθυστερημένη διάγνωση

της νόσου που προκάλεσε την οξεία κοιλία [147]. Αυτή η αντιμετώπιση ορίστηκε ως ολιγοαναλγησία [8], η οποία εργαλειοποιεί διαγνωστικά τον πόνο και δεν ανταποκρίνεται στην ηθική υποχρέωση του γιατρού να καταπραΰνει την αλγεινή κατάσταση του ασθενούς, σύμφωνα με την βιοηθική των τεσσάρων αρχών (διάγραμμα 1, 2), ενώ αποδείχτηκε επίσης ότι δεν παρέχει την αναμενόμενη ασφάλεια στον ασθενή από πλευράς κατοχύρωσης της διάγνωσης (Διάγραμμα 2, Πίνακας 6). Αντίθετα, η άμεση ανακούφιση του ασθενούς με οξεία κοιλία που προτεραιοποιεί τον πόνο, απορρέει από – και – στηρίζεται στις τέσσερις βιοηθικές αρχές, είναι ηθική και επιστημονικά τεκμηριωμένη πράξη (Διάγραμμα 2, Πίνακας 6). Τα τέσσερα επιχειρήματα που προτεραιοποιούν τον πόνο (διάγραμμα 1, 2) αντιστοιχούν στην βιοηθική αρχή της ωφέλειας, της αβλάβειας, του σεβασμού της αυτονομίας και της δικαιοσύνης [12, 35, 52]. Αυτό το ηθικό σκεπτικό για τον πόνο ωφελεί γιατί ανακουφίζει άμεσα τον ασθενή - απαλλάσσοντας τον από την επώδυνη και δυσβάσταχτη αναμονή σε μια κατάσταση πόνου, στην οποία καταδικάζεται από την ολιγοαναλγησία μέχρι την κατοχύρωση της διάγνωσης -, και είναι ασφαλές, γιατί αποδείχτηκε από τη βιβλιογραφία της επιστημονικής τεκμηρίωσης [70 – 122] ότι δεν αυξάνει το κίνδυνο της λανθασμένης διάγνωσης από την συγκάλυψη της εικόνας, λόγω της χορήγησης των αναλγητικών (Διάγραμμα 2, Πίνακας 6).

Το δεύτερο ηθικό – θεωρητικό - κενό διαπιστώθηκε στη βιβλιογραφία για την αναλγησία ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος [70 – 136] και προκύπτει από το γεγονός ότι στις 58 εργασίες [71, 73 - 75 - 77 - 80, 84 - 89, 90 - 93, 95 - 100, 103 – 111, 112 - 114, 117- 122, 123 - 129, 130 – 135] δεν γίνεται καμία αναφορά για το ηθικό κίνητρο της αναλγησίας, ούτε για την ηθική σημασία που πρέπει να έχει για τον γιατρό η έννοια του πόνου, ως βίωμα ενός ανθρώπου. Μόνο 9 (13.34%) μελέτες [70, 72, 81, 83, 101, 102, 115, 116, 136], επισημαίνουν το ηθικό κίνητρο για την άμεση αναλγησία, υπογραμμίζοντας την ηθική υποχρέωση του γιατρού να ανακουφίσει τον ασθενή με οξεία κοιλία πριν από την κατοχύρωση της διάγνωσης. Καμία από τις 67 εργασίες [70 – 136] δεν αναφέρει τη λέξη «βιοηθική», ούτε παραπέμπει στην έννοια της, όπως επίσης σε καμία από αυτές δεν γίνεται λόγος για τις τέσσερις βιοηθικές αρχές. Για να αποφευχθεί ένα ενδεχόμενο σφάλμα μεροληψίας από τον περιορισμό της αναζήτησης αναφορών στο ηθικό κίνητρο στις 67 μελέτες [70 – 136] με μία μόνο λέξη («βιοηθική»), διευρύνθηκε η αναζήτηση με συναφείς λέξεις και φράσεις, που αγγίζουν την έννοια της ηθικής του πόνου, και οι οποίες είναι: (α) ηθική, ή βιοηθική ή (β)

ανθρωπιστική πράξη ή (γ) άνεση – ανενοχλησία- του ασθενούς μετά από την χορήγηση αναλγητικών. Αυτές οι λέξεις ή φράσεις που παραπέμπουν στην βιοηθική, χαρακτηρίστηκαν ως το ηθικό κίνητρο για την χορήγηση αναλγητικών και αναζητήθηκαν στη βιβλιογραφία του ηθικού κινήτρου [70 – 136] (Διάγραμμα 1, 2) για να καταγραφούν ποσοτικά και ποιοτικά. Με αυτή την διεύρυνση των λέξεων που αναζητήθηκαν στις μελέτες, διαπιστώθηκε ότι 15 (22.38 %) μελέτες [70, 74, 82, 84, 88, 98, 136, 101, 109, 112, 116 - 118, 122, 129] αναφέρουν ότι η πρόιμη αναλγησία είναι «πράξη και δείγμα» ανθρωπιάς και 17 (25.37%) μελέτες ότι οδηγεί τον ασθενή σε κατάσταση άνεσης και ανενοχλησίας [70, 71, 74, 76, 79, 82, 84, 85, 88, 93, 103, 109, 112, 115, 118, 129, 136]. Δέκα μελέτες [70, 74, 82, 84, 88, 109, 112, 118, 129, 136] κάνουν αναφορά τόσο στην ανθρωπιστική αξία όσο και την άνεση που αποκτά ο ασθενής μετά από την αναλγησία. Το κατά πόσο οι έννοιες «ανθρωπιστική πράξη» και «άνεση – ανενοχλησία», - όροι που αναφέρονται σχεδόν τρεις φορές περισσότερο στις μελέτες από ό,τι η λέξη «ηθική» -, είναι ταυτόσημες ή διαφοροποιούνται σημασιολογικά με την βιοηθική στην αντίληψη των συγγραφέων και αναγνωστών, κατά πόσο με άλλα λόγια κωδικοποιούν την ηθική του πόνου με καθολικό τρόπο για όλους τους γιατρούς, είναι κάτι που δεν μπορεί να απαντηθεί από αυτή την εργασία. Διαφαίνεται όμως ότι ακόμα και η έννοια της «άνεσης (ανενοχλησία)» του ασθενούς, που αναφέρεται στις μελέτες ως κίνητρο για την χορήγηση των αναλγητικών σε ασθενείς με οξεία κοιλία, αποκτά μια μονοδιάστατη χρηστική σημασία χωρίς καμία ηθική αξία, αφού υπογραμμίζεται ότι με την καταπράυνση του ασθενούς από το οξύ άλγος διευκολύνεται για τον γιατρό η κλινική εξέταση της κοιλίας [71, 103, 76, 79, 85, 93, 87] και ως εκ τούτου μπορεί να γίνει λόγος για μια «από-ηθικοποίηση» του κινήτρου για την ανακούφιση του ασθενούς και για μια «εργαλειοποίηση της αναλγησίας» που αποσκοπεί και χρησιμεύει στην διάγνωση. Μόνο σε μια μελέτη ανευρέθηκαν και οι τρεις λέξεις αναζήτησης του ηθικού κινήτρου (ηθική, ανθρωπιστική πράξη, ανενοχλησία) [136]. Όταν το 86.56 % των μελετών για την αναλγησία στην οξεία κοιλία δεν κάνουν καμία απολύτως αναφορά στη έννοια της ηθικής ή βιοηθικής, ως ουσιαστικό και αυθύπαρκτο κίνητρο για την αναλγησία ασθενών με οξεία κοιλία, αλλά στηρίζονται αποκλειστικά και μόνο σε ιατρικά επιχειρήματα για να αντικρούσουν την πρακτική της ολιγοαναλγησίας, τότε χάνεται μια σημαντική ευκαιρία να κατατεθεί και να εκφραστεί ξεκάθαρα το πιο ισχυρό επιχείρημα για την ανακούφιση των ασθενών: η ηθική υποχρέωση του γιατρού να καταπραΰνει τον πόνο [158]. Υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες η βιοηθική

μπορεί να μεταπείσει τους ιατρούς σε μεγαλύτερο βαθμό να αλλάξουν την πρακτική τους σε ένα κλινικό ζήτημα από ό,τι μπορεί η ιατρική επιχειρηματολογία [159]. Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της ηθικής σιωπής στις δημοσιευμένες μελέτες, που αποκαλύπτει την ιατρικοποίηση της επιχειρηματολογίας πάνω στο θέμα του πόνου, αποτελούν οι κατευθυντήριες οδηγίες που είναι σαν να κρατούν μια ουδέτερη, σχεδόν επιφυλακτική στάση απέναντι στην υποχρεωτικότητα της άμεσης χορήγησης της αναλγησίας, χωρίς να υπογραμμίζουν και να αναδεικνύουν, όπως θα έπρεπε, την ηθική διάσταση αυτής της πράξης [160, 161]. Η βιβλιογραφία αντιμετωπίζει το ζήτημα της επιστημονικής τεκμηρίωσης της αναλγησίας σε ασθενείς με οξεία κοιλία όπως θα το έκανε για οποιοδήποτε άλλο αμιγώς ιατρικό θέμα, συσχετίζοντας τις διαθέσιμες επιλογές αντιμετώπισης με την νοσηρότητα και θνητότητα. Ο πόνος όμως του ασθενούς είναι ένα ηθικό ζήτημα, γιατί είναι απόλυτος, με καθολική παρουσία, αφορά όλους τους ασθενείς και επιβάλλει στον γιατρό την άμεση ανακούφιση του [12 - 14]. Όταν οι εργασίες που πραγματεύονται την άμεση ανακούφιση σε ασθενείς με οξεία κοιλία δεν αφιερώνουν ούτε μια πρόταση για την ηθική σημασία που έχει η αναλγησία, τότε δημιουργείται και συντηρείται το χάσμα ανάμεσα στην ηθική του πόνου και την ιατρική βιβλιογραφία και αυξάνει η απόσταση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Όταν οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αναλγησία δεν προτάσσουν ξεκάθαρα την ηθική επιταγή της ανακούφισης του ασθενούς από το οξύ κοιλιακό άλγος, αλλά παραθέτουν απλά και μόνο συμπεράσματα κλινικών μελετών, τότε συντηρούν την αμφισημία ενός βιοστατιστικά επεξεργασμένου μηνύματος, μιας επιστημονικής πληροφορίας, εναποθέτοντας στον ιατρό την τελική ερμηνεία και απόφαση να πράξει αυτό που θεωρεί αυτός σωστό, με βάσει τα δεδομένα που γνωρίζει και σύμφωνα με την επιστημονική του κρίση, χωρίς όμως να έχει απολύτως κανένα ηθικό προσανατολισμό και έρεισμα [162]. Και στις δυο αυτές περιπτώσεις αποδεικνύεται ότι οι γιατροί στην κλινική έρευνα αδιαφορούν για την βιοηθική [15, 163]. Έτσι γεννιέται και συντηρείται το ηθικό κενό του πόνου στην βιβλιογραφία που αντανakλάται και στην κλινική πράξη, στη σχέση γιατρού ασθενούς, αφού μέχρι και το 1/3 των ιατρών αρνείται να συμμορφωθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες για την άμεση ανακούφιση ασθενών με οξύ κοιλιακό άλγος, και συνεχίζει να εργαλειοποιεί τον πόνο διαγνωστικά προβαίνοντας στην ολιγοαναλγησία [47].

Μια άλλη μορφή που προσλαμβάνει το ηθικό κενό στη βιβλιογραφία είναι το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στους ειδικούς σε θέματα πόνου και βιοηθικής και τους

κλινικούς γιατρούς, δίνοντας την εντύπωση ότι οι δυο αυτές κατηγορίες επιστημόνων υγείας εργάζονται σε στεγανούς και απομονωμένους μεταξύ τους χώρους [164]. Αυτή η απόσταση και αποξένωση των τομέων της ιατρικής μεταξύ τους δημιουργείται επειδή οι μελέτες για την βιοηθική του πόνου δημοσιεύονται σχεδόν αποκλειστικά και μόνο σε εξειδικευμένα περιοδικά μικρής αναγνωρισιμότητας και αναγνωσιμότητας, χωρίς να βρίσκουν το δρόμο ούτε σε ιατρικά περιοδικά ευρείας ανάγνωσης ούτε προς τις κατευθυντήριες οδηγίες που προορίζονται για το κλινικό γιατρό, που δεν έχει καμία εκπαίδευση στην βιοηθική και την ηθική του πόνου [164]. Δημιουργήθηκε με αυτό τον τρόπο στην ιατρική επιστημονική κοινότητα ένα αγεφύρωτο χάσμα ανάμεσα στην πρόοδο της γνώσης γύρω από την βιοηθική και τον πραγματικό κόσμο της κλινικής καθημερινότητας, μια στεγανοποίηση της γνώσης, ένα κλειστό κύκλωμα που παράγει γνώση βιοηθικής απλά ανακυκλώνοντας την σε ειδικούς του τομέα αυτού χωρίς να την διασυνδέει με την κλινική πράξη για να την διοχετεύσει στους γιατρούς [12, 163, 164]. Αυτή η παρατήρηση είναι κομβική αν αναλογιστεί κάποιος ότι η διδασκαλία που αφορά στον πόνο στις ιατρικές σχολές σήμερα έχει αποτύχει να τον προσεγγίσει σαν μια ολότητα που διαμορφώνεται και συντίθεται από πολυσύνθετες πτυχές (μεταφυσική, θρησκεία, κοινωνία, γλώσσα, ιατρός, ιατρικό σύστημα, τέχνη) [165], μια ολότητα που βιώνεται από έναν άνθρωπο που υποφέρει ψυχικά και σωματικά, ένα άνθρωπο που α-σθενεί. Ο πόνος διδάσκεται ως γνωσιακό αντικείμενο, χωρίς καμία αναφορά στην έννοια της ωδίνης που έχει για τον άνθρωπο, με έναν επιστημονικό και αποσπασματικό τρόπο καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών της ιατρικής στα αμφιθέατρα και σε διάφορα κεφάλαια βιβλίων που αφορούν στις υποκατευθύνσεις της φυσιολογίας, νευρολογίας, παθολογίας, χειρουργικής, φαρμακολογίας, βιοχημείας [12, 14] και με παρόμοιο τρόπο αναλύεται σε πρόσφατες δημοσιεύσεις [166]. Ελάχιστα είναι τα πανεπιστήμια που προσφέρουν ειδικά μαθήματα (και αυτά προαιρετικά) για την έννοια του πόνου ως βίωμα ωδίνης [30]. Η ιατρική επιστήμη αποσαφήνισε μέσα από «επίπονη», άδεια όμως από συμπόνοια, έρευνα όλα τα αόρατα πεδία ενδιαφέροντος του πόνου στους προαναφερόμενους διευκρινίζοντας τον τρόπο με το οποίο ένα βλαπτικό ερέθισμα ιστών και οργάνων δημιουργεί την νόσο και κάνει αντιληπτή την αίσθηση του πόνου [21]. Η εξειδικευμένη αυτή επιστημονική, πλην όμως τελείως θεωρητική γνώση πάνω στον πόνο, μαζί με τον «επίπονο» τρόπο διδασκαλίας στα εργαστήρια πάνω σε πειραματόζωα, αυτή η «άπονη και αλύπητη» εκπαίδευση στο πόνο, έχει ως αποτέλεσμα οι φοιτητές ιατρικής να γνωρίζουν πώς προκαλείται ο πόνος, αλλά να μην μαθαίνουν να κατανοούν ότι ο πόνος είναι κάτι που

αισθάνεται τόσο το πειραματόζωο όσο και ο ασθενής, και να μην συναισθάνονται το τί σημαίνει ο πόνος για τον καθένα που τον ζει. [39, 167]. Η εκπαίδευση και καθημερινότητα του γιατρού είναι η ιστορία της απευαισθητοποίησης του απέναντι στο θέαμα ενός ασθενούς που πονάει, είναι η μαθητεία στην αναλγησία του κλινικού βλέμματος. Δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι η γνώση των γιατρών για τον πόνο, κατά ένα μεγάλο μέρος και για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, ανακτήθηκε από πειράματα σε ζώα, ακόμα και σε ανθρώπους [22] με βάρβαρο, επώδυνο και έξω από κάθε ηθικό πλαίσιο τρόπο και με τελείως άγνωστη την έννοια της βιοηθικής [168]. Τα πειράματα σε ζώα, όπως παλαιότερα οι επεμβάσεις που εκτελούνταν σε ασθενείς χωρίς αναισθησία, αλλά και η ακατάπαυστη επαφή του γιατρού με τον πόνο, δοκίμασαν και δοκιμάζουν με διαφορετικούς τρόπους, για διαφορετικούς λόγους και με διαφορετικά αποτελέσματα, τη συμπόνοια, την ενσυναίσθηση και την ηθική του πόνου εκ μέρους του ερευνητή, του φοιτητή και του γιατρού[169]. Κατά πόσο αυτή η ανά τους αιώνες ασταμάτητη μαθητεία στον πόνο συσσωρεύτηκε και μεταφέρθηκε από γενιά σε γενιά στους γιατρούς για να οδηγήσει στην αποξένωση τους απέναντι στην ωδίνη του ασθενούς και από εκεί στην ηθική απονέκρωση όλων εκείνων που οργάνωσαν και εκτέλεσαν τις φρικαλεότητες στα στρατόπεδα συγκέντρωσης στο Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο - και όχι μόνο -, και άλλων τόσων που τις επέτρεψαν, μένει να διερευνηθεί [170].

Ένα ακόμα θεωρητικό ηθικό κενό, η βυθομέτρηση του οποίου ξεπερνάει κατά πολύ τα όρια αυτής της εργασίας, το οποίο αποδεικνύει πόσο άπονες και ανέγγιχτες από την βιοηθική παραμένουν οι κλινικές ερευνητικές μελέτες για την αναλγησία, είναι η χρήση των πλασέμπο στις μελέτες του πόνου [171]. Από τις 33 προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες οι 26 (78.78%) [70 - 77, 81 – 85, 87, 88, 90, 91, 93 – 95, 97, 99 - 102] χορήγησαν πλασέμπο στην ομάδα σύγκρισης για να αποφευχθεί το σφάλμα της μεροληψίας από τη πλευρά του ερευνητή και του ασθενούς. Πόσο ηθική μπορεί να είναι μια προοπτική μελέτη που διερευνά το πλεονέκτημα της άμεσης ανακούφισης, όταν οι ερευνητές αποδέχονται την αναλγητική επίδραση που μπορεί ίσως να αυθυποβάλλει στον ασθενή το πλασέμπο και σχεδιάζουν την μελέτη τους έτσι ώστε να χορηγείται στους μισούς από αυτούς ένα αδρανές διάλυμα ενώ αυτοί υποφέρουν από οξεία κοιλία [84]; Πόση συμπόνοια εκφράζει το σκεπτικό του γιατρού που αποφασίζει να χορηγήσει αναλγητικά ενδομυϊκά, κάτι που είναι πολύ επώδυνο για τον ασθενή [35, 36], χωρίς να σκεφτεί να τα χορηγήσει από την ενδοφλέβια γραμμή που υπάρχει ήδη κάτι που είναι τελείως ανώδυνο γεγονός που δεν απασχολεί τη

συντριπτική πλειοψηφία των μελετών (Πίνακες 1 – 4); Αυτά τα δυο σημαντικότερα ερωτήματα, η ανάλυση των οποίων ξεπερνά τα όρια αυτής της εργασίας, αντανakλούν την ηθική αγνωσία των συγγραφέων των μελετών που κατέρριψαν το δόγμα της ολιγοαναλγησίας και μετρούν την απόσταση που χωρίζει την ηθική του πόνου με τις τέσσερις βιοηθικές αρχές από τους κλινικούς γιατρούς και την κλινική έρευνα [163]. Συνοψίζοντας, η εργασία αυτή αποφασήνισε ότι ανάμεσα στον πόνο του ασθενούς και τον θεράποντα ιατρό πρέπει να μεσολαβεί η ηθική αρχή που υπαγορεύει την άμεση απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο. Όταν αυτή η ηθική του πόνου απουσιάζει, δημιουργείται το ηθικό κενό: τη θέση ενός ανθρώπου που πονάει παίρνει ένας ασθενής που έχει μια νόσο, η οποία πρέπει να διαγνωστεί για να θεραπευτεί. Ο ιατρός μεταμορφώνεται από θεραπευτή του πόνου σε διαγνώστη νοσημάτων, σκεπτόμενος και πράττοντας ιατρικά, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τις βιοηθικές αρχές. Ο πόνος στην οξεία κοιλία αποπροσωποποιείται από τον ασθενή που τον βιώνει όταν εργαλειοποιείται από τον γιατρό, ο οποίος οδηγείται στην ολιγοαναλγησία για να διευκολυνθεί στη διάγνωση. Η βιοηθική με τις τέσσερις αρχές της μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη γεφύρωση αυτού του ηθικού χάσματος ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Αυτό μπορεί να ευοδωθεί μόνο αν καλυφτούν από την ιατρική επιστημονική κοινότητα δυο τεράστια -ηθικά- κενά, αυτό της βιοηθικής εκπαίδευσης στις ιατρικές σχολές και κατά τη διάρκεια της ειδικότητας και αυτό της επιστημονικής απομόνωσης της βιοηθικής έρευνας, η οποία πρέπει να ανοίξει η διαύλους επικοινωνίας και να χτίσει γέφυρες μετάδοσης γνώσης προς τους γιατρούς που ζούνε καθημερινά την κλινική πραγματικότητα στο πρόσωπο ενός ασθενούς που πονάει.

Βιβλιογραφία

1. Hughes J, Douglas C, Jones L, Brown J, Nguyen A, Jarugula R, Lyrtstedt A, Hazelwood S, Wu Y, Chu K. Identifying patients presenting in pain to the adult emergency department. A binary classification task and description of prevalence. *Int Emerg Nurd.* 2023; 68: 101272
2. Acute Abdominal Pain (AAP) study group. Diagnostic accuracy of surgeons and trainees in assessment of patients with acute abdominal pain. *BJS.* 2016; 103: 1343-1349
3. Börner N, Kappenberger A, Weber S, Scholz F, Kazmierczak P, Werner J. The acute abdomen. Structured diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2025; 122: 137–44
4. Sampson F, Johnson M. Why is pain management so difficult in the Emergency Department? A systematic mixed studies review and thematic synthesis of staff perceptions of enablers and barriers to pain management within the Emergency Department. *Emerg Med J.* 2023; 40: 606-613
5. AAPM Council on Ethics. Ethics charter from American Academy of Pain Medicine. *Pain Med.* 2005; 6: 202-213
6. Macpherson C. Undertreating pain violates ethical principles. *J Med Ethics* 2009;35:603–606
7. Carter D, Sendziuk P, Elliott J, Braunack Mayer A. Why pain is still undertreated in the emergency department? Two new hypotheses. *Bioethics.* 2016; 30: 195-202
8. Wilson J, Pendleton J. Oligoanalgesia in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 1989; 7: 620-623
9. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Med.* 2010; 11: 1859–1871
10. Zachodnik J, Andersen J, Geisler A. Barriers in pain treatment in the emergency and surgical department. *Dan Med J.* 2019; 66: A5529
11. Woerden G, Van Den Brand C, Den Hartog C, Idenburg F, Grootendorst D, Van Der Linden C. Increased analgesia administration in emergency medicine after implementation of revised guidelines. *Intl J Emerg Med.* (2016); 9:4
12. Carvalho A, Pereira S, Jacomo A, Magalhaes S, Araujo J, Marrero P, Gomes C, Shatman M. Ethical decision making in pain management: a conceptual framework. *J Pain Res.* 2018;11; 967–976
13. Venkat A, Fromm C, Isaacs A, Ibarra J on behalf of the SAEM. An ethical framework for the management of pain in the emergency department. *AEM.* 2013; 20: 716–723
14. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract.* 2021;30:17–28

15. Maier B, Shibles W. ethics and non ethics. In *The philosophy and practice of medicine and bioethics. A naturalistic – humanistic approach*. Springer Verlag Dordrecht Heidelberg London New York. 2011; p 89
16. Tomkins L, Bristow A. Evidence-based practice and the ethics of care: ‘What works’ or ‘what matters’? *Hum Rel*. 2023; 76: 118– 143
17. Meldolesi E, van Soest J, Dinapoli N, Dekker A, Damiani A, Gambacorta M, Valentini V. Medicine is a science of uncertainty and an art of probability (Sir W. Osler). *Radiother Oncol*. 2015; 114: 132-134
18. Dubois M. The birth of an ethics charter for pain medicine. *Pain Med*. 2005; 6: 201-202
19. Jonsen A. Through the bioethical retrospectroscope. *Bioethics Update*. 2015;1: 33-40
20. Yandavendu Y, Kumar D. Bioethics, medicine, society: a provocative trilogy. *EPW*. 2011; 1:13-17
21. Foucault M. *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Fischer Wissenschaft. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main. 1988; p 19
22. Rey R. *The history of pain*. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts. 1995; p 43
23. Hamati D. Pain’s medicine role in the restoration and reformation of medical ethics. *Pain Med*. 2000; 1: 362-365
24. Resnik D, Rehm M, Minard R. The undertreatment of pain: Scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Med Health Care Philos*. 2001; 4: 277–288
25. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg*. 2007; 105: 205–21
26. Kopecky K, Zens T, Suwanabol P, Schwarze M. Third-year medical students’ reactions to surgical patients in pain: doubt, distress and depersonalization. *J Pain Symptom Manag*. 2018; 56: 719–726
27. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen P. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries. *Hum Resour Health*. 2020; 18: 76
28. Goetz K, Oldenburg D, Strobel C, Steinhäuser J. The influence of fears of perceived legal consequences on general practitioners’ practice in relation to defensive medicine – a cross-sectional survey in Germany. *BMC Primary Care*. 2024; 25:23
29. Kaba R, Sooriakumara P. The evolution of the doctor – patient relationship. *Int J Surg*. 2007; 5: 57-65
30. Shipton E, Steketee C, Visser E. The Pain Medicine Curriculum Framework structured integration of pain medicine education into the medical curriculum. *Front. Pain Res*. 2024; 3:1057114.

31. González-Blázquez FJ, Ruiz-Hontangas A and López-Mora C. Bioethical knowledge in students and health professionals: a systematic review. *Front. Med.* 2024; 11:1252386
32. Edwards R. Pain and the ethics of pain management. *Soc Sci Med.* 1984; 18(6): 515-523
33. Morris D. The culture of pain. University of California Press, Berkeley. 1991; pp 31-57
34. Le Breton. *Schmerz. Diaphanes*, Zurich – Berlin. 2003; pp 21-47
35. Souza L, Pessoa A, Barbosa M, Pereira L. The bioethical principlism model applied in pain management. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34: 187-195
36. Paris P. No pain, no pain. *Am J Emerg Med.* 1989; 7: 660-662
37. Armstrong D. Embodiment and ethics.: constructing medicine two bodies. *Sociol Health Illn.* 2006; 28: 866- 881
38. Winkelhage J, Schreier M, Diederich A. Priority setting in health care: Attitudes of physicians and patients. *Health.* 2013; 5: 712-719
39. Spiro H. Pain and perfectionism – the physician and the pain patient. *NEJM.* 1976; 294; 829-830
40. Cope Z. Early diagnosis of the acute abdomen. Oxford Medical Press, London; 1921; p4
41. Baker D. The joint commission pain standards: origin and evolutions. Oakbrook Terrace IL. The Joint Commission; 2017
42. King K, Hoffman J. Myths and medicine. *West J Med.* 2000; 172:208-10
43. Motov S, Khan A. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res.* 2009;2: 5–11
44. Smith J, Roberts R. Pain, the 5th vital sign. In Smith J, Roberts R (eds). *Vital sign for nurses: an introduction to clinical observations.* John Wiley and Sons, Ltd. 2015; pp 115-137
45. Blacksher E. Hearing from Pain: Using Ethics to Reframe, Prevent, and Resolve the Problem of Unrelieved Pain. *Pain Med.* 2001; 2: 169-175
46. Keune, J, Kodner, I. The Importance of an Ethics Curriculum in Surgical Education. *World J Surg.* 2014; 38: 1581–1586
47. Chong V, Schultz T, Donnelly F. Clinical protocols for adults with acute abdominal pain in Australian emergency departments. *Eval Clin Pract.* 2019; 25: 412-419
48. Brennan F, Carr D, Cousins M. Access to pain management- still very much a human right. *Pain Med.* 2016; 17: 1785-1789
49. Tosas M. The downgrading of pain sufferers' credibility. *Philos Ethics Humanit Med.* 2021; 16: 8

50. Kapp M. Withholding pain medication in the ED because of legal fears- bad practice for a bad reason. *Am J Emerg Med.* 1999; 17: 207
51. Bernhofer E. Attending to the moral meaning of pain. *Pain Manag Nurs.* 2024; 25: 29-33
52. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Marking its fortieth anniversary. *Am J Bioeth* 2019; 19: 11
53. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: Oxford University Press
54. Iserson K. Principles of biomedical ethics. *Emerg Med Clin North Am.* 1999; 17: 283-305
55. Iserson K. Ethical principles – emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2006; 24: 513- 545
56. Borneman T, Ferrell B. Ethical issues in pain management. *Clin Ger Med.* 1996; 12: 615-628
57. Sullivan M. Ethical principles in pain management. *Pain Med.* 2000; 1: 274-279
58. Rich B. A legacy of silence: bioethics and the culture of pain. *J Med Human.* 1997; 18: 233-259
59. Copp L. An ethical responsibility for pain management. *J Adv Nurs.* 1993; 18:1-3
60. Ferrell B. Ethical perspectives on pain and suffering. *Pain Manag Nurs.* 2005; 6: 83-90
61. Sullivan M. Ethical principles in pain management. *Pain Med* 2000; 1: 274-279
62. Royal College of Emergency Medicine. Best practice guidelines. Management of acute pain in the emergency department. Last revisited 2024. www.rcem.uk
63. Illich I. *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens.* C.H. Beck. 1975
64. Silen W. *Cope's early diagnosis of the acute abdomen.* Twenty second edition. Oxford
65. Vincenot M, Poisbeau P, Morel- Ferland N, Dumas G, Leonard G. A 5000-year overview of the history of pain through ancient civilizations to modern pain theories. *Pain reports online.* 2025; 10: e1241
66. Stone E. Evidence based medicine and bioethics: implications for health care organizations, clinicians and patients. *Perm J.* 2018;c22:18-030
67. Nicholls SG, Newson AJ, Ashcroft RE. The need for ethics as well as evidence in evidence-based medicine. *J Clin Epidemiol.* 2016;7: 7-10
68. Upshur S. A call to integrate ethics and evidence based medicine. *Virtual Mentor.* 2013; 15: 86-89

69. Kerridge I, Lowe M, Henry D. Ethics and evidence based medicine. *BMJ*. 1998; 316: 1151–3
70. Aghamohammadi D, Gholipouri C, Hosseinzadeh H, Khajehee M, Ghabili K, Golzari S. An evaluation of the effect of morphine on abdominal pain and peritoneal irritation signs in patients with acute surgical abdomen. *J Cardiovasc Thor Res*. 2012; 4(2): 45-48
71. Agodirin O, Oguntola A, Adeoti M, Agbakwuru A, Oluwadiya K, Olofinbiyi B. Preoperative pain treatment in acute abdomen in Osogbo, Nigeria: a randomized double-blind placebo-controlled study. *Inter J Emerg Med*. 2013; 6:3
72. Amini M, Alizade S, Cyrus A, Khodam S, Rafeeie M, Hasanpur A, Solhi H. Does pethidine hydrochloride analgesia in patients with acute appendicitis alter the diagnostic accuracy of clinical evaluation: a Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Inter J Med Toxicol Forensic Med*. 2012; 2(2): 56-60
73. Amoli A, Golozar A, Keshavarzi S, Tavakoli H, Yaghoobi A. Morphine analgesia in patients with acute appendicitis: a randomised double-blind clinical trial. *Emerg Med J* 2008; 25:586–589
74. Attard A, Corlett M, Kidner N, Leslie A, Fraser I. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ*. 1992; 305: 554-556
75. Birnbaum A, Esses D, Bijur P, Holden L, Gallagher E. Randomized placebo controlled of two intravenous morphine dosages (0.10 mg/kg and 0.15 mg/kg) in emergency department patients with moderate to severe acute pain. *Ann Emerg Med*. 2007; 49: 445-453
76. Borland M, Jacobs I, King B, O'Brien D. A randomized controlled trial comparing intranasal fentanyl to intravenous morphine for managing acute pain in children in the emergency
77. Chang A, Bijur P, Ata A, Campbell C, Pearlman S, White D, Chertoff A, Restivo A, Gallagher J. Randomized clinical trial of iv acetaminophen as an analgesic adjunct for older adults with acute severe pain. *AEM*. 2019; 26:402-409
78. Chang A, Bijur P, Baccellieri A, Gallagher E. Efficacy and safety profile of a single dose of hydromorphone compared with morphine in older adults with acute, severe pain: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009; 7:1-10
79. Chang A, Bijur P, Gallagher E. Randomized clinical trial comparing the safety and efficacy of a hydromorphone titration protocol to usual care in the management of adult emergency department patients with acute severe pain. *Ann Emerg Med*. 2011; 58:352-359
80. Chang A, Bijur P, Lupow J, MD, Gallagher E. Randomized clinical trial of efficacy and safety of a single 2-mg intravenous dose of hydromorphone versus usual care in the management of acute pain. *AEM*. 2013; 20:185–192

81. Furyk J, Levas D, Close B, Laspina K, Fitzpatrick M, Robinson K, Vangaveti V, Ray R. Intravenous versus oral paracetamol for acute pain in adults in the emergency department setting: a prospective, double-blind, double-dummy, randomised controlled trial. *Emerg Med J* 2017; 0:1–6
82. Gallagher E, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur P. Randomized Clinical Trial of Morphine in Acute Abdominal Pain. *Ann Emerg Med*. 2006; 48: 150-160
83. Green R, Bulloch B, Kabani A, Hancock B, Tenenbein M. Early analgesia for children with acute abdominal pain. *Pediatrics*. 2005; 116: 978–983
84. Gungor F, Kartal M, Bektas F, Soyuncu S, Yigit O, Mesci A. Randomized controlled trial of morphine in elderly patients with acute abdominal pain. *Turk J Trauma Emerg Surg*. 2012;18 (5):397-404
85. Hatami V, Hatami S, Asadolahi K, Anvari M. Effects of meperidine on pain intensity and accuracy of clinical diagnosis in patients with acute abdominal pain: a randomized clinical trial. *Bull Emerg Trauma* 2013;1(4):152-157
86. Koenig K, Hodgson L, Kozak R, Jordan K, Sexton T, Leiken A. Ketorolac versus meperidine for the pain management in the emergency department. *Academ Emerg Med*. 1994; 1: 541-549
87. Kim M, Strait R, Sato T, Hennes H. A randomized trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *AEM*. 2002; 9(4): 281-287
88. Lo Vecchio F, Oster N, Sturman K, Nelson L, Flashner S, Finger R. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain. *J Emer Med*. 1997; 15(6):775-779
89. Lovett S, Reed T, Riggs R, Lew G, Koch E, Durazo-Arvizu R, Rech M. A randomized, noninferiority, controlled trial of two doses of intravenous sub dissociative ketamine for analgesia in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2021; 28: 647–654
90. Mahadevan M, Graaf L. Prospective randomized study of analgesic use for ED Patients with right lower quadrant abdominal pain. *Am J Emerg Med*. 2000; 18:753-756
91. Motov S, Mai M, Pushkar I, Likourezos A, Drapkin J, Yasavolian M, Brady J, Homel P, Fromm C. A prospective randomized, double-dummy trial comparing intravenous push dose of low dose ketamine to short infusion of low dose ketamine for treatment of moderate to severe pain in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2017; 35(8):1095-1100
92. Motov S, Mann S, Drapkin J, Butt M, Likourezos A, Yetter E, Brady J, Flom P, Fromm C, Marshall J. Intravenous sub dissociative-dose ketamine versus morphine for acute geriatric pain in the Emergency Department: A randomized controlled trial. *Am J Emerg Med*. 2019; 37(2):220-227
93. Oguzturk H, Ozgur D, Turaty M, Kayaalp C, Yilmaz S, Dogan M, Pamukcu E. Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain

with significant pain relief – a prospective, randomized, placebo controlled double blind study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012; 16: 1983-1988

94. Pace S, Burke T. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *AME*. 1996;3: 1086-1092

95. Pathan S, Mitra B, Straney L, Afzal M, Anjum S, Shukla D, Morley K, Al Hilli S, Rumaihi K, Thomas S, Cameron P. Delivering safe and effective analgesia for management of renal colic in the emergency department: a double-blind, multigroup, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 387(10032):1999-2007

96. Quinn K, Kriss S, Drapkin J, Likourezos A, Pushkar I, Brady J, Yasavolian M, Chitnis S, Motov S, Fromm C. Analgesic efficacy of intranasal ketamine versus intranasal fentanyl for moderate to severe pain in children: a prospective, randomized, double-blind Study. *Pediatr Emerg Care*. 2021; 37(5); 250-254

97. Remington-Hobbs J, Petts G, Harris T. Emergency department management of undifferentiated abdominal pain with hyoscine butylbromide and paracetamol: a randomized control trial. *Emerg Med J*. 2012; 29: 989–994 [3]

98. Thomas S, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein J, Kumar A, Stair T. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196:18-31

99. Vermeulen B, Morabia A, Unger P, Goehring C, Grangier C, Skljarov I, Terrier F. Acute appendicitis: influence of early pain relief on the accuracy of clinical and us findings in the decision to operate—A Randomized Trial. *Radiology*. 1999; 210: 639–643

100. Wolfe J, Smithline H, Phipen S, Montano G, Garb J, Fiallo V. Does morphine change the physical examination in patients with acute appendicitis. *Am J Emerg Med* 2004; 22:280-285

101. Yuan Y, Chen J, Guo H, Zhang Y, Liang D, Zhou D, Zhao H, Lin F. Relief of abdominal pain by morphine without altering physical signs in acute appendicitis. *Chin Med J*. 2010; 123:142—145

102. Zoltie N, Cust M. Analgesia in the acute abdomen. *Ann R Coll Surg*. 1986; 68: 209-210

103. Basurto X, Rigau D, Urrútia G. Opioids for acute pancreatitis pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 26(7): CD009179

104. Ciarrocchi A, Amicucci G. Safety and impact on diagnostic accuracy of early analgesia in suspected acute appendicitis: A meta-analysis. *Int J Surg*. 2013; 11: 847-852

105. de Vries M, Gravel J, Horn D, McLeod S, Varner C. Comparative efficacy of opioids for older adults presenting to the emergency department with acute pain. Systematic review. *Can Fam Physician*. 2019; 65: e538-e543

106. Edwards_J, Meseguer_F, Faura_C, Moore A, McQuay_J, Derry_S. Single dose dipyrene for acute renal colic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD003867
107. Fraquelli M, Casazza G, Conte D, Colli A. Non steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 9: CD006390
108. Gavrilidis P, de' Angelis N, Tobias A. To Use or not to use opioid analgesia for acute abdominal pain before definitive surgical diagnosis? A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Med Res*. 2019;11(2):121-126
109. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 19:(1):CD005660
110. Poonai N, Paskar D, Konrad S, Rieder M, Joubert G, Lim R, Golozar A, Uledi S, Worster A, Ali S. opioid analgesia for acute abdominal pain in children: A Systematic Review and Meta-analysis. *AEM*. 2014; 21: 1183–1192
111. Sharwood L, Babl F. The efficacy and effect of opioid analgesia in undifferentiated abdominal pain in children: a review of four studies. *Pediatric Anesthesia*. 2009; 19: 445–451
112. Sinert R, Blackstock U. Analgesia in patients with acute abdominal pain: to withhold or not to withhold? *Ann Emerg Med*. 2008 ;52 :563-566
113. White L, Hodge A, Vlok R, Hurtado G, Eastern K, Melhuish T. The efficacy and adverse effects of buprenorphine in acute pain management: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJA*. 2018; 120(4): 668-678
114. Silva L, Scherber K, Cabrera D, Motov S, Erwin P, West C, Murad M, Bellolio F. Safety and Efficacy of Intravenous Lidocaine for Pain Management in the Emergency Department: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*. 2018; 72(2): 135-144
115. Falch C, Vicente D , Häberle H, Kirschniak A, Müller S, Nissan A, Brücher D. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature. *Eur J Pain* 18 (2014) 902–913
116. McHale P, Lovecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen - a review of prospective trials. *Eur J Emerg Med*. 2001; 8: 131-136
117. Natesan S, Lee J, MD, Volkamer H, Thoureen T. Evidence based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin N Am*. 2016; 34: 65–190
118. Ranji S, Goldman E, Simel D, Shojania K. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? *JAMA*. 2006; 296: 1764-1774
119. Rogers S, Kirton O. Acute abdomen in the modern era. *N Engl J Med*. 2024; 391:60-7.
120. Sandberg M, Hyldmo P, Kongstad P, Friesgaard K, Raatinemi L, Larsen R, Magnusson V, Rognås L, Kurola J, Rehn M , Vist G. Ketamine for the treatment of

prehospital acute pain: a systematic review of benefit and harm. *BMJ Open*. 2020; 10: e038134

121. Savoia G, Coluzzi F, di Maria C, Ambrosio F, Della Corte F, Oggioni R, Messina A, Constantini A, Launo C, Mattia C, Paoletti F, Lo Presti C, Bertini L, Peduto A, de Iaco F, Shiraldi F, Bussani F, de Vito L, Giagnorio G, Marinangeli F, Coaccioli S, Aurilio C, Valenti F, Bonetti C, Piroli A, Paladini A, Ciccozzi A, Matarrazo T, Marraro G, Paolicchi A, Martino A, de Blasio E, Cerchiari E, Radeshi G. Italian Intersociety Recommendations on pain management in the emergency setting. *Minerva Anesthesiol*. 2015; 81:205-25

122. Thomas S, Silen W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *BJS*. 2003; 90: 5–9

123. Kalaronis P, Kalogianni A, Kelesi M, Evagelidou E, Mpalla I, Karanasou A, Marvaki C. Analgesia of acute abdominal pain in the Emergency Department. *Health & Research Journal*. 2019; 5(3): 86–98

124. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, Azuhata T, Itakura A, Kamei S, Kondo, Maeda S, Mihara H, Mizooka M, Nishidate T, Obara H, Sato N, Takayama Y, Tsujikawa T, Fujii T, Miyata T, Maruyama I, Honda H, Hirata K. The practice guidelines for primary care of acute abdomen. *Jpn J Radiol*. 2016; 34(1): 80-115

125. Shabbir J, Ridgway P, Lynch K, Law C, Evoy D, O'Mahony J, Mealy K. Administration of analgesia for acute abdominal pain sufferers in the accident and emergency setting. *Eur J Emerg Med*. 2004; 11: 309–312

126. Shah A, Zogg C, Zafar S, Schneider E, Cooper L, Chapital A, Peterson S, Havens J, Thorpe R, Roter D, Castillo R, Salim A, Haider A. Analgesic access for acute abdominal pain in the emergency department among racial/ethnic minority patients. *Med Care* 2015;53: 1000–1009

127. Tamches E, Buclin T, Hugli O, Decosterd I, Blanc C, Mouhsine E, Givel J, Yersin B. Acute pain in adults admitted to the emergency room: development and implementation of abbreviated guidelines. *SWISS MED WKLY*; 2007; 137: 223 – 227

128. Bourgeois M, Carron P, Ernst S, Exadaktylos A, Guigli Poretti M, Keller D, Meier K, Nickel C, Rutschmann O, Sieber R, Steuer S, Tabakovic S, Hugli O. Pain management policies and reported practices in Swiss emergency departments: a national survey. *Swiss Med Wkly*. 2019; 149: w20155

129. Nissman S, Kaplan L, Mann B. Critically reappraising the literature-driven practice of analgesia administration for acute abdominal pain in the emergency room prior to surgical evaluation. *Am J Surg*. 2003; 185: 291–296

130. Villain C, H. Wyen H., Ganzera S, Marjanovic G, Lefering R, Ansorg J, Gaidzik P, Haubold N, Neugebauer E. Early analgesic treatment regimens for patients with acute abdominal pain: a nationwide survey among general surgeons. *Langenbecks Arch Surg*. 2013; 398: 557–564

131. Zimmerman O, Halpern P. Opinion survey of analgesia for abdominal pain in Israeli emergency departments. *IMAJ*. 2004; 6: 681 – 685
132. Cattin G, Jenvrin J, Hardouin J, Longo C, 1 Montassier E. Intravenous acetaminophen with morphine versus intravenous morphine alone for acute pain in the emergency room: protocol for a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blinded study (ADAMOPA). *Trials*. 2022; 23:1016
133. Subramani S, Berg A, Kral L, Murad M, Smith A, Phillips A, Yadav D, Uc A, Imdad A. Analgesia for the treatment of acute pancreatitis: a protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 2024;14:e081971
134. Vaghef-Davari F, Ahmadi-Amoli H, Sharifi A, Teymouri F, Paprouski N. Approach to acute abdominal pain: practical algorithms. *Adv J Emerg Med*. 2020; 4(2): e29
135. Ayoade B, Tade A, Salami B, Oladapo O. Administration of analgesics in patients with acute abdominal pain: a survey of the practice of doctors in a developing country. *Int J Emerg Med* (2009) 2:211–215
136. Anonymous. Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. European Society for emergency Medicine. www.eusem.org
137. Hamilton W. Analgesia and the acute abdomen. *BMJ*. 1979; 6201: 1363
138. Covino M, Sandroni C, Della Polla D, De Matteis G, Piccioni A, De Vita A, Russo A, Salini S, Carbone L, Petrucci M, Pinnisi M, Gasbarrini A, Franceschi F. Predicting ICU admission and death in the Emergency Department: A comparison of six early warning scores. *Resuscitation*. 2023; 190: 109876
139. Tait I, Ionescu M, Cushieri A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia? *Royal Coll Surg Edinb*. 1999; 44: 181-184
140. Knopp R, Dries D. Analgesia in acute abdominal pain. What's next? *Ann Emerg Med*. 2006; 48: 161-163
141. Lavelle M. Analgesia and the acute abdomen. *BMJ*. 1979; 6200: 1289
142. Alotaibi M, Aljahany M, Alhamdan Z, Alsaffar M, Almojally A, Alassaf W. Differences in acute pain perception between patients and physicians in the emergency department. *Heliyon*. 2022; 8: e11462
143. Zens T, Kopecky K, Schwarze M, Suwanabol P. Surgery hurts. Characterizing the experience of pain in surgical patients as witnessed by medical students. *J Surg Ed*. 2019; 76: 1506 – 1515
144. Ostrovsky D, Novack V, Smulowitz P, Burke R, Landon B, Isbel L. Perspectives of emergency clinicians about medical errors resulting in patient harm or malpractice litigation. *JAMA Network Open*. 2022; 5 :e2241461.
145. Huang P, Smith D. Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen, 21st Edition. *Ann Surg* 2006; 244: 322

146. Rutkow I. Surgery: an illustrated history (1st edition). 1995. Mosby Year Book Inc; St Louis
147. Editorial. Analgesia and the acute abdomen. BMJ. 1979; 2: 1093
148. Ιπποκράτης. Άπαντα. Τόμος 1. Εκδόσεις Κάκτος. Αθήνα 1994. Σελ 10-14
149. Sabatowski R, Schaefer D, Kasper S, Brunsch H, Radbruch L. Pain treatment: an historical overview. Curr Pharm Design. 2004; 10: 1-7
150. Paladini A, Barrientos Penaloza J, Plancarte Sanchez R, Ergonez T, Varrassi G. Bridging Old and New in Pain Medicine: An Historical Review. Cureus. 2023; 15: e43639
151. Stebbins J. The Impact of Ancient Doctor-Patient Relationship Standards on Modern Bedside Manner. Honors Bachelor of Arts; (2020): 44.
152. Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. BMC Medicine. 2010; 8: 8
153. Ζαφειριάδης Δ. Κατσανούλας Κ. Διεγχειρητική διαχείριση της αλγαισθησίας. Ιατρική και βιοηθική διάσταση. The Greek E-Journal of Perioperative Medicine. 2022; 21: 16-36
154. Hughes T. Opiates in acute abdominal pain. BMJ. 1979; 2: 6198:1145
155. Fraser I. Analgesia and the acute abdomen. BMJ. 1979; 2: 1362
156. Piper J. Analgesia and the acute abdomen. BMJ. 1979; 2: 1443
157. Shepherd J. Analgesia and the acute abdomen. BMJ. 1979; 2:1289
158. Healey A, Mensour M. Analgesia in undifferentiated abdominal pain: Is it safe? Can J Emerg Med. 2007; 9: 114-7
159. Martins V, Santos C, Ricou M, Bataglia P, Duarte I. Bioethics education on medical students: opinions about ethical dilemmas. SAGES open. 2021; 12: 1-7
160. Hanna M, Matamala A, Perrot S, Varrassi G. Delivery of multimodal analgesia to effectively treat acute pain: a review from Roma pain days. Cureus 14(2): e22465
161. Gans S, Pols M, Stoker J, Boermeester M on behalf of the expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. Dig Surg. 2015;32:23–31
162. Cascella M, Laudani A, Scarpati G, Piazza O. Ethical issues in pain and palliation. Curr Opin Anesthesiol. 2024; 37: 199–204
163. Tang L, Li J, Fantus S. Medical artificial intelligence and ethics: a systematic review of empirical studies. Digital Health. 2023; 9: 1 - 22
164. Metselaar S. Translational bioethics as a two-way street. Developing clinical ethics support instruments with and for healthcare practitioners. Bioethics. 2024; 38:233–240.

165. Rajamohanan R, Phansalkar M, Kuruvila S. Awareness about medical ethics among undergraduates after introduction of humanities in curriculum. *Int J Res Dermatol*. 2021 Sep;7(5):636-641
166. Castroman P, Quirora O, Rojals V, Gomez M, Moka E, Pergolizzi J, Varassi G. Reimagining How We Treat Acute Pain: A Narrative Review. *Cureus*. 2022; 14: e23992
167. Roche J, Harmon D. Exploring the Facets of Empathy and Pain in Clinical Practice: A Review. *Pain practice*. 2017; 17: 1089 – 1096
168. Sulmasy L, Bledsoe T. American College of Physicians Ethics Manual. Seventh Edition. *Ann Int Med*. 2019; 170: s1 – s 32
169. Gleichgerrt E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci*. 2014; 8: 243
170. Shicktanz S, Michl S, Stoff H. Bioethics and the argumentative legacy of atrocities in medical history: Reflections on a complex relationship. *Bioethics*. 2021; 35:499–507
171. APS Position statement on the use of placebos in pain management. *J Pain*. 2005; 6: 215 - 217